Profil des personnes âgées des Territoires du Nord-Ouest

Territoires du Nord-Ouest

Santé et Services sociaux

Mai 2003

Le présent rapport a pu être publié, en partie, grâce au financement versé dans le cadre de l'Accord de coopération Canada-T.N.-O relatif au français et aux langues autochtones dans les Territoires du Nord-Ouest.

Message du ministre

Le document *Profil des personnes âgées* fait suite à l'engagement pris dans le *Plan d'action pour les personnes âgées* qui a été publié en juin 2002.

L'information de base contenue dans ce rapport indique que les personnes âgées constituent le segment de la population qui connaît la plus grande croissance aux TNO et on s'attend à ce que leur nombre atteigne plus du double en 2020. L'espérance de vie des personnes âgées des TNO est égale à celle de leurs homologues à l'échelle nationale et ils ont plus de chance que leurs pairs de faire encore partie de la population active.

Par contre, le document démontre que les personnes âgées des TNO sont moins actives physiquement et fument plus que les personnes âgées dans le reste du Canada. De telles pratiques négatives de santé sont non seulement reliées à des maladies chroniques comme les maladies cardiaques, le diabète, les maladies respiratoires et le cancer du poumon, mais empêchent également nos personnes âgées d'atteindre une santé optimale.

Le document aide le GTNO à élaborer des programmes et services qui répondent dès maintenant aux besoins des personnes âgées afin qu'elles puissent faire des choix plus sains afin d'améliorer la qualité de leur vie, maintenant et plus tard.

Je serai heureux de recevoir les commentaires de tous les résidents des TNO, personnes âgées et autres.

J. Michael Miltenberger
Ministre de la Santé et des Services sociaux

105-00750/

Sommaire

Ce rapport fait suite à un engagement pris dans le *Plan d'action pour les personnes âgées 2002-2003*, de faire une recherche sur des questions touchant les personnes âgées. Il s'agit également du premier rapport complet visant à donner un profil complet des personnes âgées des TNO du point de vue de la santé. Ce profil fournit de l'information de base utile pour développer et prioriser les programmes afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

Partie A - Déterminants de la santé et du mieux-être
- Démographiques
- Socio-économiques
- Socio-culturels
- Pratiques en matière de santé personnelle

Partie B - État de santé et mieux-être
- État subjectif de santé
- Morbidité
- Mortalité

Partie C - Utilisation des services
- Utilisation des services de santé
- Médicaments (assurance-maladie complémentaire)
- Soins à domicile et soins de longue durée

Les sources de données utilisées pour faire rapport sur les indicateurs sont les suivantes : Recensement Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Sondage sur la population active des TNO et l'habitation, bases de données administratives nationales, bases de données du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport explique pourquoi chaque indicateur est inclus, comment la population de personnes âgées des TNO se compare aux résidents plus jeunes et comment les personnes âgées des TNO se comparent à leurs homologues dans le reste du Canada.

Des points saillants des chapitres sont présentés ici.

Données démographiques

Données démographiques

- Alors que les personnes âgées composent un pourcentage relativement petit de l'ensemble de la population des TNO, leur taux est trois fois plus élevé qu'à l'échelle nationale.

- La population territoriale des personnes âgées de 60 ans et plus a augmenté de 48 % entre 1991 et 2000. Par contre, la population des personnes âgées entre 20 à 39 ans a diminué de 6 %.

- La croissance de la population de personnes âgées varie en fonction du genre de communauté. La population de personnes âgées à Yellowknife et dans les centres régionaux (Hay River, Inuvik et Fort Smith) a augmenté respectivement de 64 % et de 72 %, par rapport à une croissance de 29 % pour les personnes âgées des autres communautés.

Données socio-économiques

- Les niveaux de revenu pour les personnes âgées des TNO sont plus bas qu'ils le sont à l'échelle nationale. Environ 58 % des personnes âgées des TNO de 65 ans et plus gagnaient moins de 15 000 $ par rapport à 41 % au national.

- Les personnes âgées des TNO risquent davantage de participer à la population active que leurs homologues au national. En 1999, environ 18 % de la population des personnes âgées travaillaient ou cherchaient de l'emploi, par rapport à 6 % au national.

- L'achèvement d'une neuvième année est souvent utilisé pour déterminer l'alphabétisation. Près de 50 % des personnes âgées, de 60 ans et plus, ont moins d'une neuvième année par rapport à 10 % pour les personnes entre 40 et 59 ans.

Données socio-culturelles

- Soixante-deux pour cent de la population des personnes âgées de 60 ans et plus sont Autochtones. Dans un sondage de 1999, 82 % des personnes âgées autochtones ont dit pouvoir parler une langue autochtone par rapport à 38 % des personnes entre 25 et 39 ans.

- Les personnes âgées des TNO risquent davantage que leurs homologues au national de faire du bénévolat auprès d'organismes de charité et communautaires. Vingt-trois pour cent de la population des personnes âgées des TNO de 65 ans et plus ont dit faire du bénévolat par rapport à 18 % au national.

- En 1996, environ 24 % de la population des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seules, par rapport à 16 % des personnes âgées de 55 à 64 ans des TNO. Au Canada, 29 % des personnes âgées vivent seules.

Pratiques personnelles en matière de santé

- Les personnes âgées des TNO risquent davantage de manger moins de 5 à 10 portions de légumes et de fruits par jour recommandées par le Guide alimentaire canadien. Soixante-dix-sept pour cent des personnes âgées des TNO de 65 ans et plus disent manger moins de cinq portions de fruits et de légumes. Cependant, le fait de ne pas manger assez de fruits et de légumes n'est pas uniquement une question de préférence, car 40 % des personnes âgées des TNO ne peuvent pas ou craignent ne pas pouvoir acheter assez de nourriture, par rapport à 7 % au national.

- Les personnes âgées des TNO ont tendance à être moins actives physiquement que les personnes âgées du groupe de pairs (régions semblables aux TNO) et que les personnes âgées du reste du Canada. Environ 87 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient considérées comme inactives, par rapport à 55 % des régions semblables aux TNO.

- Les personnes âgées des TNO risquaient davantage d'avoir une consommation d'alcool excessive que les personnes âgées du reste du Canada.

- Les personnes âgées des TNO risquaient davantage de fumer que les personnes âgées du reste du Canada (30 % par rapport à 12 %).

État de santé subjectif

- Environ 16 % des personnes âgées des TNO disent avoir une santé excellente ou très bonne. Par contre, 32 % des personnes âgées du groupe de pairs et 37 % à l'échelle nationale disent avoir une santé excellente ou très bonne.

- Les personnes âgées des TNO, tout comme les personnes âgées du groupe de pairs et à l'échelle nationale, rapportaient avoir un problème chronique de santé ou plus.

Morbidité

- Les trois principales conditions affligeant les personnes âgées des TNO sont les maladies respiratoires, du système circulatoire et du système digestif. Les personnes âgées des TNO avaient des taux plus élevés d'hospitalisation pour ces trois conditions par rapport aux personnes âgées au national : pour les maladies du système circulatoire, 102 pour 1000 aux TNO par rapport à 77 pour 1000 au Canada; pour les maladies respiratoires, 92 pour 1000 aux TNO par rapport à 33 pour 1000 au Canada; pour les maladies du système digestif, 56 pour 1000 aux TNO par rapport à 30 pour 1000 à l'échelle nationale.

- Pour les personnes âgées des TNO, la principale raison d'hospitalisation attribuable aux maladies du système circulatoire comprenait les maladies concernant le cœur (maladies cardiaques, les insuffisances cardiaques et la dysrythmie) et les accidents cardiovasculaires. L'hospitalisation concernant les maladies respiratoires étaient principalement attribuable à la pneumonie et à la bronchite; l'hospitalisation concernant les maladies du système digestif était principalement attribuable aux maladies des intestins (saignements gastro-intestinaux, maladie de Crohn et colite).

Mortalité

- En moyenne, les résidents des TNO peuvent s'attendre de vivre pendant environ 17,7 années après l'âge de 65 ans. L'espérance de vie des résidents des TNO de 65 ans n'est pas vraiment différente de celle du groupe de pairs ou d'ailleurs au Canada.

- Les conditions générales sont responsables de 74 % de tous les décès des personnes âgées des TNO : maladies du système circulatoire, maladies respiratoires, cancer. Ces trois conditions sont également responsables de 79 % des décès à l'échelle nationale.

- Entre 1990 et 1998, les taux moyers des décès attribuables aux maladies respiratoires étaient vraiment plus élevés chez les personnes âgées des TNO de 64 à 74 ans (4 pour 1000) et de 85 ans et plus (62 pour 1000) que le même groupe d'âge à l'échelle nationale (2 pour 1000 et 19 pour 1000).

Utilisation des services de santé

- Les personnes âgées des TNO utilisent relativement plus les services de santé que la moyenne de la population territoriale ou que les personnes âgées du reste du Canada. Aux TNO, les personnes âgées de 65 à 74 ans utilisent les services de santé 4.1 fois plus que la moyenne de l'ensemble de la population des TNO, par rapport à 2.2 fois à l'échelle nationale. Les personnes des TNO âgées de 75 à 84 ans utilisent 9.2 fois plus que la moyenne de l'ensemble de la population des TNO, par rapport à 4.5 fois à l'échelle nationale. Les résidents des TNO âgés de 85 ans et plus utilisent les services de santé jusqu'à 15.8 fois plus que la moyenne de l'ensemble de la population des TNO, par rapport à 9.8 fois à l'échelle nationale.

- Les soins hospitaliers constituent le plus grand contributeur des coûts de soins de santé. Entre 1997-1998 et 1999-2000, la moyenne annuelle du taux d'hospitalisation pour les personnes des TNO âgées entre 65 et 74 ans était de 47 995 pour 100 000, par rapport à 21 076 pour 100 000 à l'échelle nationale (1999-2000). Au cours de la même période, le taux d'hospitalisation pour les personnes des TNO âgées de 75 ans et plus, était de 68 397 pour 100 000 par rapport à 36 903 pour 100 000 à l'échelle nationale.

Assurance-maladie complémentaire

- L'information disponible sur l'utilisation de médicaments par les personnes âgées des TNO n'était disponible que du régime d'assurance-maladie complémentaire. Même si l'assurance-maladie complémentaire ne couvre que les personnes âgées non autochtones et métisses de 60 ans et plus, les données sur l'utilisation des médicaments fournit un coup d'oeil utile sur l'utilisation des médicaments.

- Une grande partie des médicaments utilisés par ces personnes âgées est directement et indirectement reliés au traitement de maladies qui prédominent chez les personnes âgées.

- Entre 1998-1999 et 2000-2001, les médicaments les plus souvent utilisés par les personnes âgées visaient à traiter des conditions cardiovasculaires. Tous les ans, 29 % des personnes âgées utilisent des médicaments pour traiter des maladies du système circulatoire (insuffisances cardiaques, blocage des artères, angine).

- Au cours de la même période, 27 % des personnes âgées ont utilisé des médicaments pour traiter des douleurs physiques causées par des maux de tête, des douleurs chroniques, et des douleurs causées par une chirurgie ou une blessure.

- Les médicaments pour traiter les maladies gastro-intestinales venaient au troisième rang. Tous les ans, 20 % des personnes âgées ont utilisé un médicament pour traiter des brûlures gastriques mineures ou des maladies majeures comme la maladie de Crohn et une recto-colite hémorragique.

- Les anti-infectieux, principalement les antibiotiques, venaient au quatrième rang. Tous les ans, 20 % des personnes âgées utilisaient des antibiotiques pour traiter des infections bactériennes.

- L'hormonothérapie substitutive vient au cinquième rang, avec 18 % des personnes âgées qui utilisent ce genre de médicaments chaque année. Les principaux médicaments utilisés étaient l'insuline pour le traitement du diabète et les stéroïdes pour le traitement de l'asthme l'arthrite et les maladies intestinales.

Soins à domicile et de longue durée

- Environ 19 % des personnes des TNO âgées entre 65 et 74 et 31 % des 75 ans et plus ont reçu des soins à domicile en 2001. Les personnes âgées de ces deux groupes d'âge risquaient davantage d'utiliser des services de soins infirmiers, suivis par des soins ménagers, le soin des pieds, les soins personnels et des services de repas. Avec l'augmentation des personnes âgées, environ 1 300 personnes âgées nécessiteront des soins à domicile d'ici 2020, en présumant que les taux d'utilisation demeurent les mêmes qu'ils le sont présentement.

- Présentement, la majorité des personnes âgées des TNO n'ont pas besoin de soins institutionnels, comme des soins à long terme à l'hôpital ou en établissement pour personnes âgées. Les personnes âgées de 80 ans et plus risquent davantage d'avoir besoin de ce genre de soins. Environ 48 % des personnes âgées de 85 à 89 ans et 33 % des personnes de 90 ans et plus passent au moins une journée en établissement de soins prolongés; il s'agit d'une moyenne de 1999-2000 à 2000-2001.

- Les taux d'utilisation de soins à long terme peuvent baisser avec une augmentation des soins à domicile. Néanmoins, si l'utilisation actuelle des soins à long terme se poursuit, une étude prédit que 218 lit de soins à long terme seront nécessaires, ce qui représente une augmentation de 33 % par rapport aux 164 lits en 2000-2001.

Table des matières

Introduction 1

Déterminants de la santé et du bien-être 4

Chapitre 1 - Données démographiques 5
Tendances dans le passé 5
Tendances actuelles 5
Tendances pour l'avenir 6

Chapitre 2 - Données socio-économiques 8
Revenu 8
Emploi 10
Éducation 11
Habitation 12

Chapitre 3 - Données socio-culturelles 15
Culture 15
Bénévolat 16
Modes de vie 17

Chapitre 4 - Pratiques personnelles en matière de santé 19
Régime alimentaire 19
Activité physique 20
Consommation d'alcool 21
Tabagisme 23

État de santé et bien-être 25

Chapitre 5 - État de santé subjectif 25
Autoévaluation de l'état de santé 26
Bien-être psychologique 26
Risque de dépression 27
État de santé fonctionnelle 28
Limitations prolongées de l'activité et problèmes chroniques de santé 29

Chapitre 6 - Morbidité 32
Général 32
Maladies du système circulatoire 33
Maladies respiratoires 34
Maladies du système digestif 34
Blessures et empoisonnements 34
Cancers 35
Tuberculose 36
Diabète 37

Chapitre 7 - Espérance de vie et mortalité 39
Espérance de vie 39
Décès par cause 41

Utilisation des services 42

8 - Utilisation des services de santé 42
Hospitalisation 43
Visites chez le médecin 44

Chapitre 9 - Assurance-maladie complémentaire Assurance-médicaments 47
Réclamants, réclamations et dépenses 47
Genres de médicaments utilisés 49

Chapitre 10 - Soins à domicile et soins de longue durée 53
Soins à domicile 53
Soins de longue durée 54

Aller de l'avant 56

Références 59

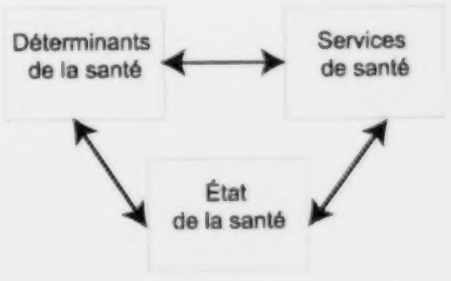
Annexes 61

Annexe 1 Glossaire 61
Annexe 2 Sources de données et méthodologie 65
Annexe 3 Liste des figures et des tableaux 73

Introduction

Il s'agit du premier profil complet sur la santé des personnes âgées des TNO. Cela répond à un engagement pris de faire de la recherche sur les questions concernant la qualité de vie des personnes âgées par le biais d'un « ... rapport sur les personnes âgées qui présente des données démographiques, les tendances et les besoins en matière de santé des personnes âgées des TNO » *(Plan d'action pour les personnes âgées 2002-2003)*.[1] Ce travail se base donc sur le travail effectué dans le *Rapport sur l'état de la santé aux TNO* de 1999 et le *Rapport sur les services de santé aux TNO* de 2000.

Figure 1



Dans ce rapport, la santé est définie plus comme une absence de maladie: c'est un état de bien-être physique, mental, social et émotionnel.[2] La santé est par conséquent un phénomène qui ne peut pas être entièrement ou directement compris par le biais d'une seule mesure. L'utilisation d'un grand nombre de mesures, appelées indicateurs, est donc nécessaire.[3]

Les indicateurs examinés dans ce rapport peuvent être classés en trois catégories : les déterminants de la santé, l'état de la santé et les services de santé. En général, les déterminants de la santé influence l'état de la santé, laquelle à son tour, influence les services de santé (Figure 1). Par exemple, l'analphabétisme peut influencer le choix en matière de régime alimentaire ou d'usage de médicaments et donc, peut entraîner une maladie ou l'hospitalisation. L'inverse peut également être vrai, car l'utilisation des services de santé peut directement influencer l'état de la santé de même que les déterminants de la santé. Par exemple, une hospitalisation prolongée ou un handicap permanent causé par une blessure peut entraîner une qualité de vie réduite, l'isolement social et des limites aux activités physiques.

Le rapport a été organisé en se basant sur ces trois catégories :

Déterminants de la santé et du bien-être

- Données démographiques
- Données socio-économiques
- Données socio-culturelles
- Pratiques personnelles en matière de santé

État de la santé et bien-être

- État subjectif de la santé
- Morbidité
- Mortalité

1 Groupe interministériel de travail sur les programmes et services concernant les personnes âgées. *Réponse à la révision des programmes et services offerts aux personnes âgées* (Juin 2002, p. 15).
2 Adapté de l'Organisation mondiale de la santé et utilisé dans le *Rapport sur l'état de la santé aux TNO* 1999, p. 11.
3 Grawitz, M., *Working Group on Community Health Information Systems* et Chevalier, S., et al., *Community Health Indicators: Definitions and Interpretation* (Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 1996), p. 6.

Utilisation des services

Utilisation des services de santé

Plan concernant les médicaments du régime d'assurance-maladie complémentaire

Soins à domicile et soins de longue durée

Dans chaque chapitre, chaque sujet est étudié de la façon suivante :

- Pourquoi est-ce important d'étudier cet indicateur dans le cadre de ce rapport?
- Quel est le portrait ou la tendance dans le temps (si possible)?
- Quel est le portrait actuel (passé récent)?
- Que prévoit-on dans l'avenir (si possible)?

Comment définit-on une personne âgée?

La définition, et par conséquent l'âge, d'une personne âgée est arbitraire en quelque sorte. Dans le Sud du Canada, l'âge de 65 ans est en général utilisé comme l'âge où quelqu'un devient une personne âgée. Cependant, de nos jours, l'âge de 65 ans commence à être considéré trop jeune pour être une personne âgée, car les gens vivent plus longtemps qu'il y a 20 ans.[4] L'espérance de vie à la naissance est passé de 67 ans en 1981 à 72 ans en 1997.[5] Et l'espérance de vie à l'âge de 65 ans (17,7 ans) pour un résident des TNO ne diffère pas vraiment de la moyenne nationale.[6]

Les autres façons de définir les personnes âgées comme groupe comprennent des modèles qui tiennent compte de facteurs chronologiques, sociaux et politiques.[7]

Ce rapport examine les personnes âgées sous l'angle de la santé de la population. Il est donc nécessaire de fixer un âge limite pour que le rapport soit cohérent. Pour comparer les TNO au Canada ou les chiffres des indicateurs, il faut utiliser l'âge de 65 ans. Néanmoins, en raison du petit nombre de personnes de 65 ans et plus aux TNO, bon nombre d'indicateurs ne peuvent être exprimés qu'à partir de 60 ans et plus.[8]

4 L'espérance de vie pour les Canadiens, dans l'ensemble, est passée de 72 ans, en 1981, à 76 ans en 1997. Statistique Canada, p. 31.

5 Le Bureau de la statistique des TNO au ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport sur l'état de santé des TNO*, p. 31, 1999.

6 Voir le Chapitre 8, Section 8.1, pour plus de détails sur l'espérance de vie à l'âge de 65 ans.

7 Ulysse, Pierre-Joseph, *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective revue de la littérature* (Ottawa, Santé Canada, p 4-13., 1997).

8 Pour savoir chapitre par chapitre pourquoi l'âge de 60 ans ou celui de 65 ans a été utilisé afin de définir chronologiquement une personne âgée, voir l'Annexe 2.

Limites aux données

Il y a certaines limites aux données quand on fait le profil de questions touchant les personnes âgées des TNO. Par exemple, l'agression d'une personne âgée est considérée comme un problème aux TNO et ailleurs au pays. Par contre, nous n'avons à notre disposition aucune donnée complète et non anecdotique sur l'agression des personnes âgées. De même, il existe certains problèmes généraux quand on examine en détail la population de personnes âgées en raison de la disponibilité des données. Comme la population de personnes âgées est petite, des échantillonnages de sondages ne permettent qu'un portrait général de la population, contrairement aux sondages au niveau national.

Les indicateurs des déterminants de la santé et du bien-être sont nombreux et divers. De tels indicateurs peuvent être regroupés en gros en quatre domaines : données démographiques, données socio-économiques, bien-être social et pratiques personnelles en matière de santé.

Les indicateurs démographiques sont parmi les déterminants qui en disent le plus sur l'état de santé d'une population, particulièrement sur les personnes âgées. Comme David Foot le dit dans *Boom, Bust and Echo*, «... les données démographiques expliquent environ les deux tiers de tout. »[2] En particulier, les données démographiques vont loin pour prédire l'état de santé d'une population. Par exemple, une population de jeunes personnes âgées (dont la plupart des personnes âgées ont dans les 60 ou 70 ans) aura un meilleur état de santé qu'une population dont les personnes âgées ont 80 ans et plus. C'est dans les années les plus avancées de la vie (80 ans et plus) que les gens nécessitent la plus grande quantité de services de santé, comme des soins hospitaliers, des soins de longue durée et des soins à domicile. Aux TNO, le bien-être à venir de la jeune population de personnes âgées est moins prévisible, car bon nombre des personnes âgées plus jeunes déménagent dans le Sud avant d'avoir atteint les 80 ans.

Les indicateurs socio-économiques, comme le revenu, l'éducation et l'habitation influencent l'état de santé des personnes âgées. Les personnes âgées avec les plus hauts niveaux de revenu, d'éducation et les meilleurs logements ont plus de chance de vivre en santé plus longtemps.

Les liens entre les appuis sociaux et le bien-être sont également importants. Le fait d'avoir un compagnon ou une compagne, le sentiment d'être aimé et l'implication dans la communauté sont des aspects importants du bien-être. De plus, la culture et la langue jouent un rôle pour aider au partage du sentiment d'identité et d'appartenance à un groupe. Ces facteurs sont particulièrement pertinents dans le Nord, avec une population de personnes âgées caractérisée par des origines ethniques culturelles autochtones et eurasiennes riches et diverses.

Les pratiques personnelles en matière de santé jouent un rôle prépondérant dans la détermination de la santé physique et le bien-être général des personnes de tous les âges, et particulièrement des personnes âgées. Les personnes âgées qui font régulièrement de l'exercice, mangent de bons repas équilibrés, ne fument pas et ne font pas d'abus d'alcool sont généralement plus en santé que les personnes qui ont des pratiques contraires. Même s'il s'agit là de choix personnels, il est important de garder à l'esprit que d'autres facteurs influencent les choix en matière de styles de vie et les pratiques personnelles en matière de santé, y compris l'éducation, l'alphabétisation et le revenu.

2 David Foot, *Boom, Bust and Echo* (MacFarlane, Walter and Ross: Toronto, p. 2) 1996

Chapitre 1

Données démographiques[10]

Tendances dans le passé

Les personnes âgées de 60 ans et plus font partie du groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide aux TNO. Par rapport au Canada, la population de personnes âgées des TNO est, toutes proportions gardées, plus petite, mais croît trois fois plus vite qu'au national. Comme on le voit à la Figure 1.1, la population âgée des personnes âgées de 60 ans et plus a connu une croissance de 48 %, passant de 1795 à 2 653; les personnes âgées les plus vieilles ont connu une croissance dont les taux sont beaucoup moins élevés.

Ce taux de croissance n'était pas uniforme à l'échelle des TNO. La population de personnes âgées des centres régionaux (Hay River, Inuvik, Fort Smith) a connu un taux de croissance de 72 %. Le taux de croissance des personnes âgées à Yellowknife a été le plus rapide (64 %). Enfin, la population de personnes âgées dans les autres communautés a connu une croissance de 29 %.

Comme on l'a vu à la figure 1.2, le taux de croissance de la population des personnes âgées non autochtones était presque deux fois plus élevé que celui des personnes âgées autochtones, entre 1991 et 2000.

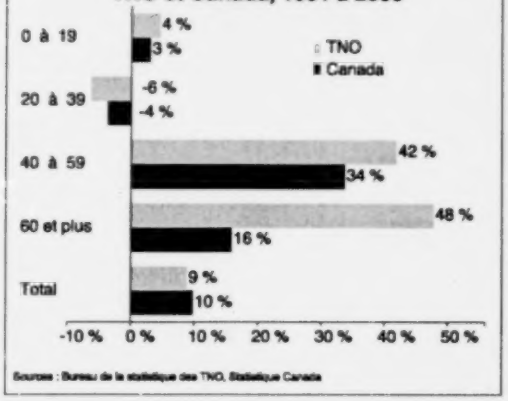
Tendances actuelles

En 2000, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent 6,3 % de la population des TNO par rapport à 16,6 % chez la population canadienne.

Même si les personnes âgées constituent le groupe qui connaît la croissance la plus rapide, la population demeure relativement petite. Comme on le voit à la figure 1.3, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent la plus petite tranche de la population.

Même si les hommes et les femmes constituent des pourcentages égaux de la population des personnes âgées, les femmes dépassent légèrement en nombre les hommes, à partir de l'âge de 75 ans.

Figure 1.1
Changement dans la population par groupes d'âge
TNO et Canada, 1991 à 2000



Sources : Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada

Figure 1.2
Changement dans la population de personnes âgées selon différentes caractéristiques
TNO, 1991 à 2000

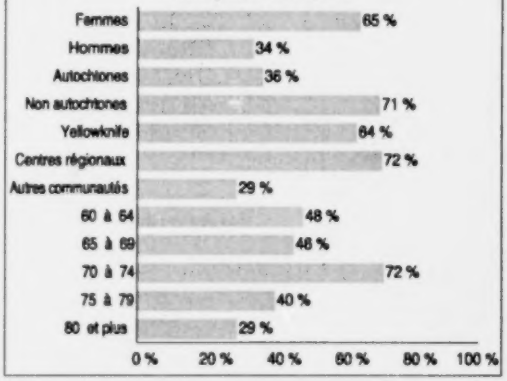
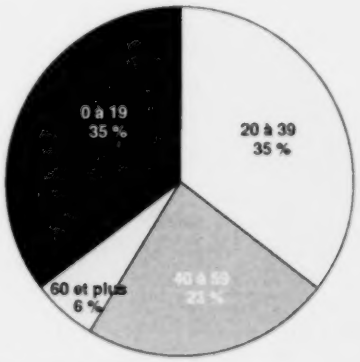


Figure 1.3
La population par âge
2000



Source : Bureau de la statistique des TNO

10 Les chiffres sur la population (passés et actuels) sont des estimations sujettes à de futures révisions. Les données du recensement de 2001 ne sont pas utilisées, étant donné le sous-dénombrement de la population des TNO.

Chapitre 1

Tendances dans le passé

Les personnes âgées de 60 ans et plus font partie du groupe d'âge qui connaît la croissance la plus rapide aux TNO. Par rapport au Canada, la population de personnes âgées des TNO est, toutes proportions gardées, plus petite, mais croît trois fois plus vite qu'au national. Comme on le voit à la Figure 1.1, la population âgée des personnes âgées de 60 ans et plus a connu une croissance de 48 %, passant de 1795 à 2 653; les personnes âgées les plus vieilles ont connu une croissance dont les taux sont beaucoup moins élevés.

Ce taux de croissance n'était pas uniforme à l'échelle des TNO. La population de personnes âgées des centres régionaux (Hay River, Inuvik, Fort Smith) a connu un taux de croissance de 72 %. Le taux de croissance des personnes âgées à Yellowknife a été le plus rapide (64 %). Enfin, la population de personnes âgées dans les autres communautés a connu une croissance de 29 %.

Comme on l'a vu à la figure 1.2, le taux de croissance de la population des personnes âgées non autochtones était presque deux fois plus élevé que celui des personnes âgées autochtones, entre 1991 et 2000.

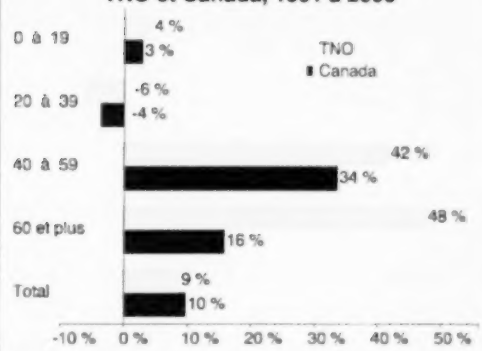
Tendances actuelles

En 2000, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent 6,3 % de la population des TNO par rapport à 16,6 % chez la population canadienne.

Même si les personnes âgées constituent le groupe qui connaît la croissance la plus rapide, la population demeure relativement petite. Comme on le voit à la figure 1.3, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent la plus petite tranche de la population.

Même si les hommes et les femmes constituent des pourcentages égaux de la population des personnes âgées, les femmes dépassent légèrement en nombre les hommes, à partir de l'âge de 75 ans.

Figure 1.1
Changement dans la population par groupes d'âge
TNO et Canada, 1991 à 2000



Sources : Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada

Figure 1.2
Changement dans la population de personnes âgées selon différentes caractéristiques
TNO, 1991 à 2000

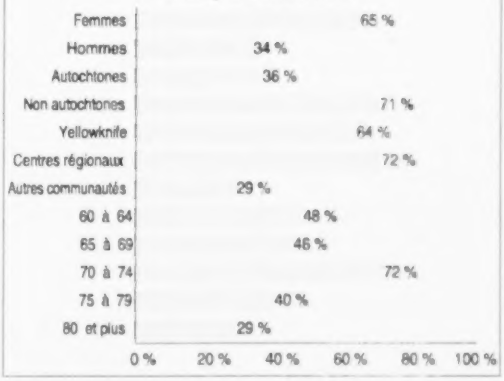
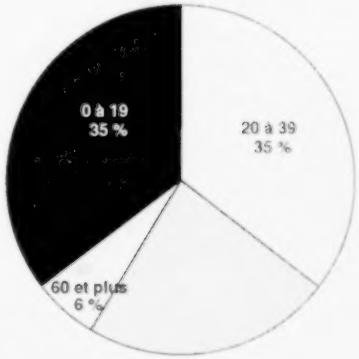


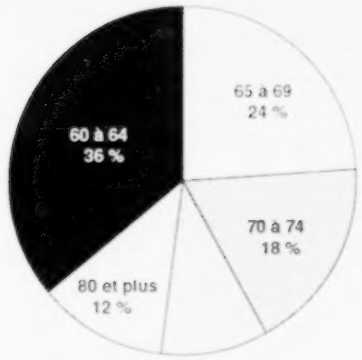
Figure 1.3
La population par âge
2000



Source : Bureau de la statistique des TNO

10 Les chiffres sur la population (passés et actuels) sont des estimations sujettes à de futures révisions. Les données du recensement de 2001 ne sont pas utilisées, étant donné le sous-dénombrement de la population des TNO.

Figure 1.4
Personnes âgées par âge
2000

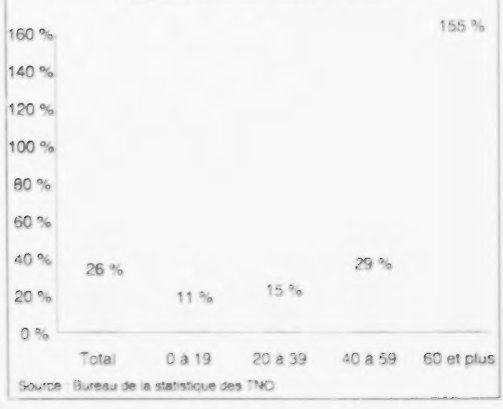


Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 1.5
Personnes âgées par origine ethnique
2000

Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 1.6
Changement dans la population par âge
Projections de 2000 à 2020



Source : Bureau de la statistique des TNO

Comme on peut le constater à la figure 1.4, 60 % des personnes âgées ont moins de 70 ans, 28 % ont entre 70 et 79 ans et 12 % ont 80 ans ou plus.

Une grande partie des personnes âgées (45 %) vivent dans les petites communautés. Environ 30 % d'entre elles vivent dans les centres régionaux et 25 % à Yellowknife. Comme on le voit dans la section des tendances passées, la population des personnes âgées croît plus rapidement dans les communautés plus grosses que dans les petites communautés.

La figure 1.5 illustre que plus de 60 % des personnes âgées sont autochtones. Les personnes âgées non autochtones, par contre, connaissent une croissance plus rapide que la population de personnes âgées autochtones.

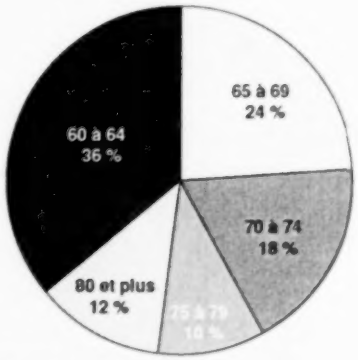
Tendances pour l'avenir

Les récentes projections concernant la population démontrent que la population de personnes âgées continue sa croissance rapide dans un avenir rapproché.[11] Comme on le voit à la figure 1.6, on s'attend à ce que le nombre de personnes âgées de 60 ans ait plus que doublé en 2020, passant de 2 653 à 7 000.[12] Par contre, on s'attend à ce que la population des moins de 60 ans croisse à une fraction du rythme des personnes âgées, ce qui représente tout de même une croissance de 17 % d'ici 2020.

11 Les projections concernant la population utilisées dans la section sur les tendances pour l'avenir ont été élaborées au printemps 2000, par le Bureau de la statistique. Elles sont vraiment détaillées, sujettes à une révision, à mesure que de l'information provenant des recensements sera disponible dans l'avenir.

12 On s'attend à ce que la population des 65 ans et plus atteigne 4 605 en 2020. Bureau de la statistique (totalisations spéciales, 2000).

Figure 1.4
Personnes âgées par âge
2000

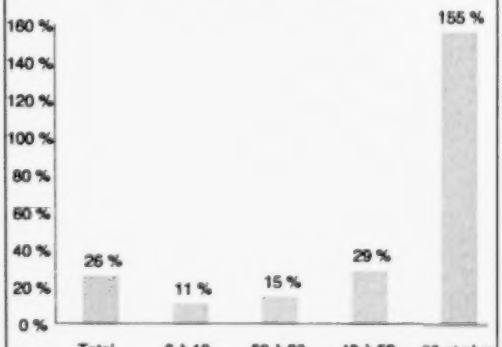


Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 1.5
Personnes âgées par origine ethnique
2000

Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 1.6
Changement dans la population par âge
Projections de 2000 à 2020



Source : Bureau de la statistique des TNO

Comme on peut le constater à la figure 1.4, 60 % des personnes âgées ont moins de 70 ans, 28 % ont entre 70 et 79 ans et 12 % ont 80 ans ou plus.

Une grande partie des personnes âgées (45 %) vivent dans les petites communautés. Environ 30 % d'entre elles vivent dans les centres régionaux et 25 % à Yellowknife. Comme on le voit dans la section des tendances passées, la population des personnes âgées croît plus rapidement dans les communautés plus grosses que dans les petites communautés.

La figure 1.5 illustre que plus de 60 % des personnes âgées sont autochtones. Les personnes âgées non autochtones, par contre, connaissent une croissance plus rapide que la population de personnes âgées autochtones.

Tendances pour l'avenir

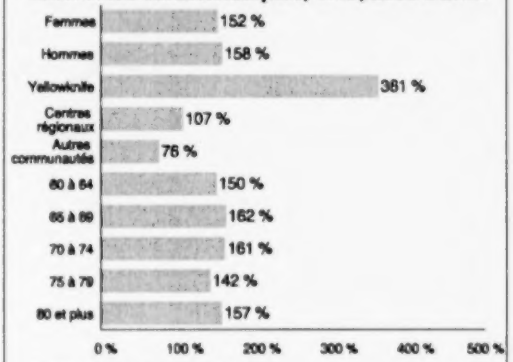
Les récentes projections concernant la population démontrent que la population de personnes âgées continue sa croissance rapide dans un avenir rapproché.[11] Comme on le voit à la figure 1.6, on s'attend à ce que le nombre de personnes âgées de 60 ans ait plus que doublé en 2020, passant de 2 653 à 7 000.[12] Par contre, on s'attend à ce que la population des moins de 60 ans croisse à une fraction du rythme des personnes âgées, ce qui représente tout de même une croissance de 17 % d'ici 2020.

11 Les projections concernant la population utilisées dans la section sur les tendances pour l'avenir ont été élaborées au printemps 2000, par le Bureau de la statistique. Elles sont vraiment détaillées, sujettes à une révision, à mesure que de l'information provenant des recensements sera disponible dans l'avenir.

12 On s'attend à ce que la population des 65 ans et plus atteigne 4 600 en 2020. Bureau de la statistique (totalisations spéciales, 2000).

Au sein même de la population de personnes âgées, on s'attend à ce que le taux de croissance des hommes et des femmes soit le même (figure 1.7). De même, on s'attend à ce que la population de personnes âgées croissent à des taux relativement semblables d'un groupe d'âge à l'autre. Par contre, on s'attend à ce que le taux de croissance des personnes âgées à Yellowknife soit trois fois plus élevé que le taux prévu dans les centres régionaux, et presque cinq fois celui prévu dans les autres communautés.[13]

Figure 1.7
Croissance projetée dans la population des personnes âgées selon différentes caractéristiques, TNO, 2000 à 2020



Source : Bureau de la statistique des TNO

Même si les taux de croissance peuvent changer, l'augmentation de la population de personnes âgées à Yellowknife sera importante, car une grande partie de cette croissance devrait être alimentée par la population de personnes âgées non autochtones. Les projections par origine ethnique et l'âge ne sont présentement pas disponibles, mais la tendance des 10 dernières années a connu une croissance plus rapide chez les personnes âgées non autochtones. Une grande partie de cette croissance s'est manifestée dans les centres régionaux et à Yellowknife.[14]

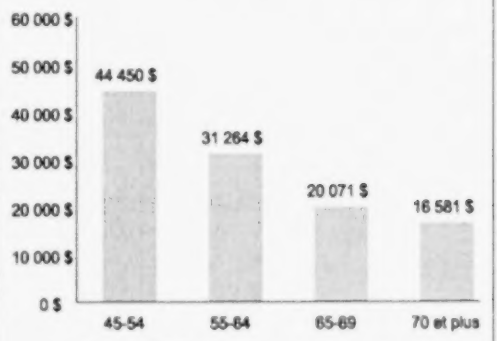
Les premiers résidents non autochtones nés à Yellowknife ont atteint le troisième âge dans la seconde moitié des années 1990. Beaucoup plus de personnes âgées de Yellowknife sont nées ailleurs au Canada et à l'extérieur du Canada.[15] Ces personnes nées entre les années 1930 et 1950 sont venues dans le Nord en grand nombre dans les années 1960 et 1970, ont eu des familles et sont maintenant atteint l'âge de la retraite. Certaines d'entre elles déménageront éventuellement dans le Sud, mais d'autres resteront, car elles sont attachées à l'endroit qui a été leur point d'attache pendant des décennies, l'endroit où habitent maintenant leurs enfants et leurs petits-enfants. De même, la ville grossit, les services commerciaux et les installations de loisirs se développent, ce qui incite les gens à rester plus longtemps.

13 Il est important de réaliser que plus une projection concernant une population est spécifique, plus grand est le degré d'inexactitude de la projection. Par exemple, la grande augmentation projetée de personnes âgées (plus du triple en deux décennies) pour Yellowknife peut s'avérer ne pas être exactement comme projetée.

14 Entre 1991 et 1996, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, nées à l'extérieur des TNO, a augmenté, passant de 29,7 % à 39,1 %. La grande majorité de ces personnes âgées demeurent à Yellowknife et dans les centres régionaux. Statistique Canada, recensements de 1991 et de 1996.

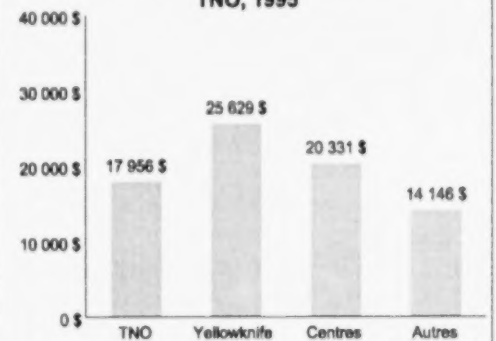
15 Entre 1991 et 1996, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, nées à l'extérieur du Canada, a augmenté, passant de 8,7 % à 11,5 %. Statistique Canada, recensements de 1991 et de 1996.

Figure 2.1
Revenu moyen par âge
TNO, 1995



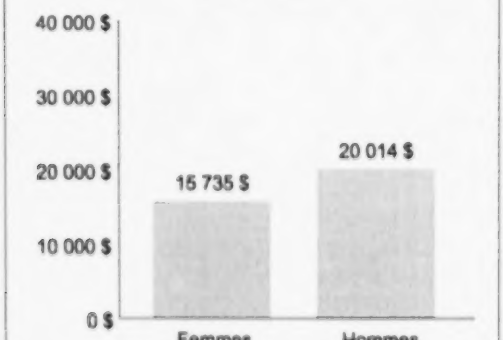
Source : Statistique Canada

Figure 2.2
Revenu moyen des personnes âgées par genre de communauté
TNO, 1995



Source : Statistique Canada

Figure 2.3
Revenu moyen des personnes âgées par sexe
TNO, 1995



Source : Statistique Canada

Chapitre 2

Données socio-économiques

Revenu

La sécurité financière est un déterminant important du bien-être et de la santé. Le manque de sécurité financière peut mener à l'isolement, à une piètre estime de soi et à des mauvais choix en matière d'alimentation et d'habitation.[16]

C'est difficile de rendre compte avec justesse du profil des niveaux de revenu des personnes âgées de 65 ans et plus. On n'a pas établi un niveau de la pauvreté pour les TNO. Comme on peut le voir à la figure 2.1, le revenu moyen diminue avec l'âge. Pourtant, les personnes âgées risquent davantage de posséder leur propre maison (sans hypothèque) que les adultes plus jeunes. De même, les personnes âgées peuvent vivre avec leurs enfants. Dans un cas ou l'autre, l'habitation, qui constitue souvent la plus grande dépense de subsistance, est prise à charge, ce qui entraîne un besoin moindre de revenu.

Une autre façon de considérer le revenu est au sein même des TNO. En 1995, les personnes âgées de Yellowknife avaient les revenus moyens les plus élevés, soit 25 629 $ (voir figure 2.2). Les personnes âgées des centres régionaux avaient des revenus plus bas, soit 20 331 $, et celles des petites communautés, des revenus encore plus bas, avec une moyenne de 14 146 $.

La principale limite quand on compare les revenus des personnes âgées à l'échelle des TNO est le manque de similitude dans les structures familiales. Les personnes âgées autochtones risquent davantage de vivre avec leurs enfants que les personnes âgées non autochtones. Pratiquement toutes les personnes âgées qui vivent à l'extérieur des quatre principales communautés des TNO (Yellowknife, Hay River, Inuvik et Fort Smith) sont autochtones.

À l'échelle nationale, une disparité des revenus existe entre les femmes et les hommes. En général, les hommes ont des revenus plus élevés quand ils atteignent le troisième âge, car ils gagnent davantage que les femmes quand ils travaillent. Aux TNO, il existe également une disparité de revenus entre les hommes et les femmes. La figure 2.3 illustre qu'en 1995, les hommes avaient un revenu moyen de 20 000 $ par rapport à 15 000 $ pour les femmes.

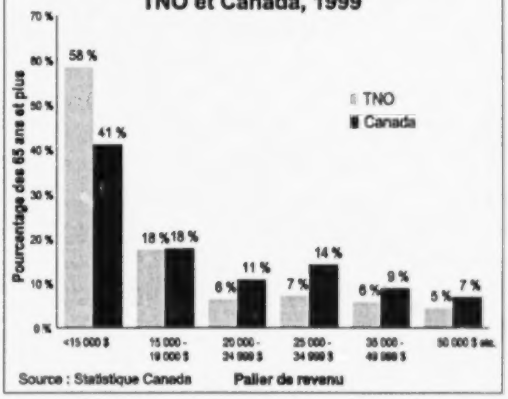
Si on compare les revenus des personnes âgées des TNO à ceux des personnes âgées du Canada, dans l'ensemble, cela peut s'avérer

16 Macleod and Associates, p. 11 à 15. Voir également Ulyne, Pierre-Joseph, *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective revue de la littérature* (Ottawa, Santé Canada, p. 12-13, 1997).

problématique. Le coût de la vie aux TNO est beaucoup plus élevé et les prestations aux personnes âgées aux TNO diffèrent également de celles disponibles dans le Sud du Canada.

Comme on le voit à la figure 2.4, toutes proportions gardées, plus de personnes âgées (58 %) des TNO que la moyenne canadienne de personnes âgées (41 %) ont rapporté des revenus de moins de 15 000 $ en 1999 . À l'autre bout de la courbe, 11 % des personnes âgées des TNO ont des revenus de 35 000 $ et plus, par rapport à 16 % à l'échelle nationale.

Figure 2.4
Pourcentage de déclarants par palier de revenu - 65 ans et plus TNO et Canada, 1999



Il est important de garder à l'esprit que le revenu seul n'est pas un indicateur complet de bien-être économique. Les personnes âgées des TNO ont accès à des prestations qui sont plus importantes que celles que reçoivent la plupart des personnes âgées dans le reste du Canada (p. ex. l'assurance-maladie complémentaire et les prestations au logement). De même, une plus grande proportion de personnes âgées vivent avec une ou plusieurs personnes, par rapport à la moyenne nationale (voir Chapitre 3). L'avantage de partager les dépenses d'un ménage n'est pas reflété dans les statistiques de revenus personnels.

Pour ce qui est de l'avenir, il existe une impression généralisée au Canada que les régimes de retraite financés par le gouvernement fédéral sera sous une grande pression pour répondre à la demande provenant de la vague de personnes issues de la génération du baby-boom qui doivent prendre leur retraite entre 2012 et 2034.[17] De plus en plus, les Canadiens, particulièrement la génération du baby-boom, ont investi de l'argent dans des régimes enregistrés d'épargne-retraite.[18] Pourtant, certains prétendent que la séparation entre les personnes bien nanties et mal nanties ira en s'accroissant dans les futures générations de personnes âgées canadiennes.[19]

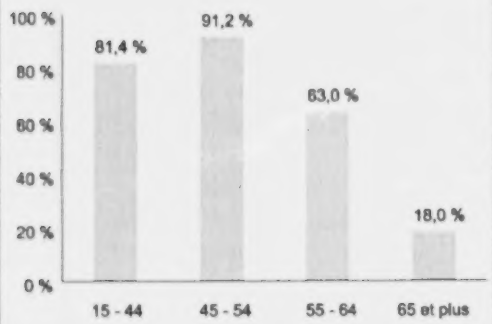
On ne peut pas vraiment faire fi des tendances dans le Sud du Canada ni les adopter entièrement quand on examine les TNO. Par contre, la population actuelle de personnes âgées des TNO est massivement autochtone. Non seulement sont-elles culturellement distinctes, mais elles n'ont pas nécessairement les mêmes inquiétudes ou désirs que les personnes âgées dans le Sud ni de celles du Nord. Dans l'avenir, les personnes âgées autochtones (au cours des deux ou trois prochaines décennies) seront probablement différentes culturellement de celle de la population actuelle de personnes âgées (voir Chapitre 3). Par contre, la quantité de personnes âgées non autochtones des TNO croît plus rapidement que la quantité de personnes âgées autochtones (voir Chapitre 1).

17 Foot, David K, *Boom, Bust and Echo*, ch 11. Au cours des années 1980 et 1990, le pourcentage de revenu que les personnes âgées du Canada ont reçu de régimes de retraite reliés au travail et de RÉERs a plus que doublé. Santé Canada. Vieillissement de la population au Canada, p. 13.

18 Un nombre accru de déclarants canadiens ont contribué à un régime d'épargne-retraite enregistré au cours des années 1990. Voir Ernest B. Akyeampong, "RRSP's in the 1990's" dans *Perspective*, printemps 2000.

19 Direction des aînées et des aînés, *Expression*, Vol. 12, n° 2, printemps 2000, p 4-5.

Figure 2.5
Participation à la population active par âge
TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Pour ce qui est de prévoir les niveaux de revenus dans l'avenir, il y a deux facteurs reliés aux tendances démographiques susmentionnées dont il faut absolument tenir compte. Tout d'abord, depuis les dernières trois décennies ou plus, l'économie des TNO se caractérise par des emplois relativement bien rémunérés dans les mines et pour le gouvernement. À l'origine, de tels emplois étaient en grande partie occupés par des résidents non autochtones, dont bon nombre ont quitté les Territoires avant la retraite ou au moment de la retraite. Au cours des trois dernières décennies, les choses ont changé, avec un pourcentage accru de résidents autochtones[20] qui occupent ces emplois bien rémunérés et un pourcentage accru de non-Autochtones qui restent aux TNO quand ils ont passé l'âge de 65 ans (voir Chapitre 1). Ces emplois bien rémunérés vont souvent de pair avec des régimes de retraite qui complètent les prestations du Régime de retraite du Canada et qui offrent des choix aux gens pour épargner. Cela entraînera probablement des revenus de retraite plus élevés par rapport à précédemment.

Ensuite, même si les niveaux de revenus par origine ethnique ne sont pas disponibles, les revenus par genre de communauté démontrent des revenus beaucoup plus élevés chez les personnes âgées de Yellowknife et des centres régionaux que celles des autres communautés. Par rapport à la population de personnes âgées dans les autres communautés, la croissance de la population de personnes âgées est plus élevée et on s'attend à ce qu'elle continue à croître à des taux élevés (voir Chapitre 1). Cette croissance prévue de revenus plus élevés pour les personnes âgées aura dans l'avenir un effet positif sur le revenu moyen de la population de personnes âgées des TNO.

Emploi

Traditionnellement, les gens prennent leur retraite entre 60 et 65 ans. De nos jours, les gens continuent de travailler passé l'âge de la retraite, souvent par choix, et non par besoin économique.

Un emploi ne fournit pas uniquement un revenu supplémentaire; il constitue un stimulant social. Ce statut d'emploi peut influencer la santé des personnes âgées car l'isolement peut entraîner des problèmes de santé (voir Chapitre 3).

La figure 2.5 illustre le taux de participation à la population active; cela reflète le nombre de personnes employées ou en recherche active d'emploi par rapport à l'ensemble de la population. En 1999, 18 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient soit employées, soit en recherche active d'emploi. En comparaison, seulement 6 % des

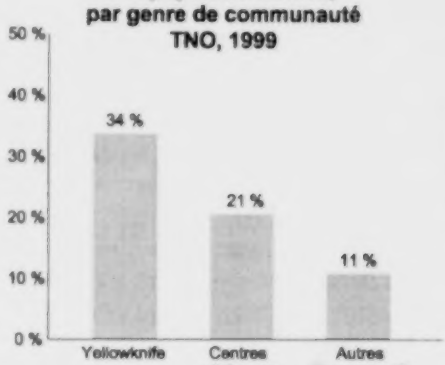
20 Même s'ils ne mesurent pas les salaires, les sondages sur la population active des TNO démontrent une augmentation constante du taux de participation des résidents autochtones à la population active entre 1989 et 1999. En 1989, (excluant Holman), le taux de participation d'Autochtones de 15 ans et plus était de 58,8 %. En 1994, le taux était passé à 61,9 % et en 1999, il était même monté à 65,3 % (les chiffres de 1994 et de 1999 comprennent Holman). Bureau de la statistique des TNO, *Sondages sur la population active, 1989, 1994 et 1999*.

21 Statistique Canada dans Santé Canada, *Personnes âgées du Canada*, Feuillet de renseignements n° 18.

personnes âgées au Canada faisaient partie de la population active.[21] Comme on le voit à la figure 2.6, Yellowknife a la plus grande participation de personnes âgées (65 ans et plus) qui travaillent, avec un pourcentage de 34 %, par rapport à 24 % dans les centres régionaux, et à 11 % dans les autres communautés. La variation régionale dans les taux n'est pas rare, étant donné que la plupart des personnes âgées faisant partie de la population active n'étaient pas des Autochtones. Selon l'*Enquête de 1999 sur la population active des TNO*, plus de 45 % des personnes âgées non autochtones faisaient partie de la population active par rapport à moins de 5 % chez les personnes âgées autochtones.

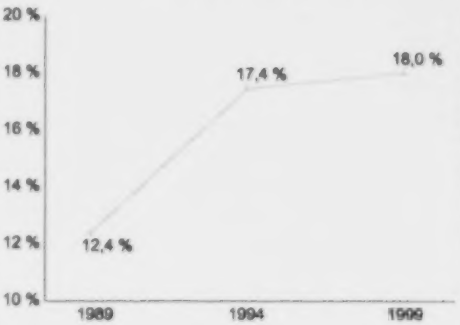
Il semble que les personnes âgées restent de plus en plus dans la population active. Comme l'illustre la figure 2.7, le pourcentage de personnes âgées faisant partie de la population active en 1989 était de 12,4 % et est passé à 17,4 % en 1994 et à 18 % en 1999. On ne peut pas déterminer si cette augmentation dans la population active était faite par choix ou par besoin économique.

Figure 2.6
Participation des personnes âgées à la population active, par genre de communauté TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 2.7
Personnes âgées dans la population active TNO, 1989, 1994 et 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Éducation

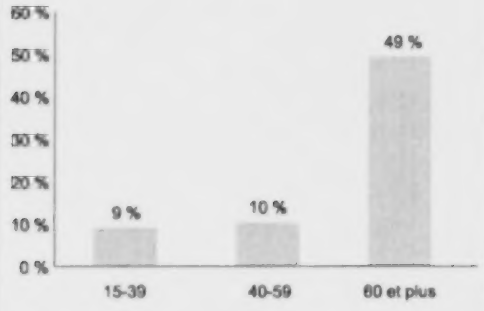
L'éducation est un déterminant important de la santé.[22] En général, les études démontrent que des niveaux scolaires plus élevés vont de pair avec le bien-être et la santé d'une personne. L'éducation influence de plus en plus le revenu : plus le niveau d'éducation est élevé, plus est élevé le revenu.

Une retombée de base de l'éducation est l'alphabétisation. Étant donné que des statistiques complètes sur les niveaux d'alphabétisation ne sont pas disponibles sur la population des TNO, le niveau d'éducation atteint (neuvième année) est souvent utilisé comme indicateur substitutif d'alphabétisation. Bien sûr, il y a des gens qui ont moins d'une neuvième année qui sont alphabétisés et d'autres avec des niveaux d'éducation beaucoup plus élevés qui sont analphabètes ou qui ont des capacités réduites en matière de lecture et d'écriture.

Le fait de pouvoir lire et écrire, de même que d'avoir les compétences de base en mathématiques, constituent des nécessités pour avoir une certaine indépendance. Les personnes âgées qui dépendent des autres pour payer leurs factures et faire des chèques risquent davantage d'être des victimes que celles qui peuvent s'acquitter elles-mêmes de ces tâches quotidiennes. Les personnes âgées qui ne peuvent pas lire les étiquettes d'ingrédients sur les produits alimentaires sont moins en mesure de faire des choix sains quand elles font leurs courses. Les personnes âgées qui ne peuvent pas lire les instructions sur leurs médicaments courent le risque de connaître de graves complications en raison de sur utilisation ou d'un mauvais usage de leurs médicaments.

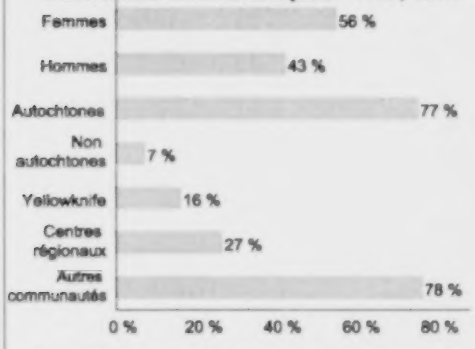
22 Macleod and Associates, p. 18-20.

Figure 2.8
Moins d'une neuvième année, par âge
TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 2.9
Personnes âgées ayant moins d'une neuvième année
Différentes caractéristiques - TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Les personnes âgées des TNO et du Canada ont plus de chance d'avoir des niveaux d'éducation plus bas que la population d'adulte dans son ensemble.[23] Les données les plus récentes sur les niveaux d'éducation proviennent de l'*Enquête sur la population active*. Environ 49 % des personnes âgées des TNO de soixante ans et plus avaient moins d'une neuvième année, par rapport à 10 % des résidents des TNO âgés de 40 à 59 ans (voir la figure 2.8). Par contre, le pourcentage de personnes âgées avec moins d'une neuvième année varie beaucoup au sein même de la population de personnes âgées. Comme on le voit à la figure 2.9, les femmes âgées avaient plus de chance que les hommes de leur âge d'avoir moins d'une neuvième année. La différence entre les personnes âgées autochtones et non autochtones de 60 ans et plus est encore plus grande. Soixante-dix-sept pour cent des Autochtones âgés de 60 ans et plus avaient moins d'une neuvième année, par rapport à 7 % des personnes âgées non autochtones.

Les niveaux d'éducation différaient également beaucoup selon le genre de communauté. Dans les petites communautés, 78 % des personnes âgées de 60 ans et plus avaient moins d'une neuvième année. Par contre, 16 % des personnes âgées de Yellowknife avaient moins d'une neuvième année. Ces différences vont de pair avec la distribution des personnes âgées autochtones et non autochtones dans les communautés des TNO.

Malgré les bas niveaux d'éducation aux TNO, et les iniquités entre les groupes ethniques et le genre de communautés, l'avenir semble prometteur. Seulement 10 % des personnes âgées de demain auront moins d'une neuvième année.[24] Cela signifie que l'avenir des personnes âgées des TNO et du Sud du Canada sera meilleur : elles seront plus en mesure de lire et d'écrire que les personnes âgées d'aujourd'hui. Ces habiletés contribueront à constituer une population de personnes âgées plus actives et plus indépendantes que les générations passées.

Habitation

L'accès au logement est un préalable indispensable à la vie. L'habitation doit également répondre à certaines normes pour contribuer au bon état de santé. Un bon logement diminue les possibilités de maladies et de blessures et contribue au bien-être physique, mental et social des habitants.

23 Le recensement de 1996 a trouvé que 37 % des résidents canadiens de 65 ans et plus avaient moins d'une neuvième année par rapport à 72 % des résidents des TNO du même âge. Statistique Canada, Recensement de 1996 dans Santé Canada, *Feuilles de renseignements 9 sur les personnes âgées du Canada* et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Rapport sur l'état de santé aux TNO, 1999*, p. 40.

24 Ce ne sont pas tous les gens qui ont passé une partie ou tout troisième âge aux TNO, au cours des vingt prochaines années, qui seront représentatifs du taux dans l'ensemble, des personnes âgées de 40 à 59 ans.

L'Organisation mondiale de la santé a identifié plusieurs caractéristiques d'un logement qui ont des effets directs ou indirects sur la santé des occupants :

- un approvisionnement adéquat en eau potable de bonne qualité;
- le surpeuplement, qui peut entraîner des accidents et accroître la transmission d'infections transmises par l'air, comme des maladies respiratoires infectieuses aiguës;
- la possibilité de pouvoir se débarrasser adéquatement des ordures ménagères;
- la qualité de l'air à l'intérieur.[25]

De plus, si le coût d'une maison consume trop de revenus disponibles du ménage, d'autres besoins, dont la santé, pourraient en souffrir.

La Société d'habitation des TNO a mené plusieurs sondages pour contrôler les conditions et les besoins en matière d'habitation. Le dernier sondage (2000) a identifié trois genres de problèmes d'habitation :

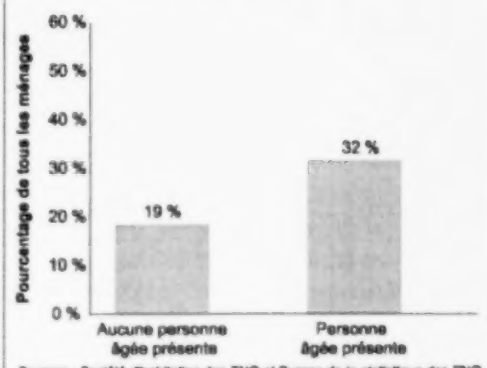
- la pertinence, laquelle fait référence au problème de surpeuplement;
- la conformité, laquelle fait référence à la condition physique du logement;
- l'abordabilité, laquelle fait référence dans quelle mesure un ménage paie trop pour un logement.

Les ménages qui présentent un ou plusieurs de ces problèmes, en plus d'avoir un revenu total sous le seuil de la pauvreté pour une communauté spécifique, sont considérés comme ayant des besoins impérieux. (Bon nombre des ménages des TNO avec des problèmes d'habitation n'étaient pas considérés comme ayant des besoins impérieux parce qu'on avait évalué qu'ils avaient suffisamment de revenus pour régler leurs problèmes d'habitation sans l'aide du gouvernement.)

Comme on le voit à la figure 2.10, 32 % de tous les ménages avec une personne âgée de 60 ans et plus faisaient partie dans la catégorie de besoins impérieux. Dans l'ensemble, les ménages sans personnes âgées avaient moins de chance de se retrouver dans la catégorie de besoins impérieux.

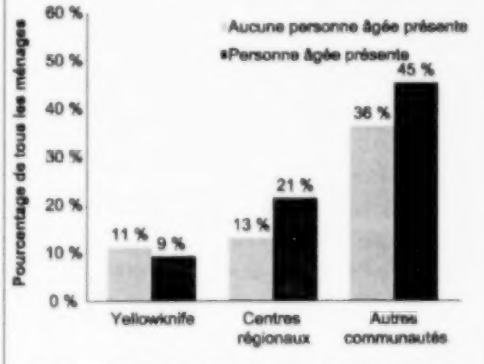
Quand on examine la situation par genre de communauté, le pourcentage de ménages dans la catégorie de besoins impérieux change de façon importante. Environ 9 % des ménages de Yellowknife avec des personnes âgées appartiennent à la catégorie de besoins impérieux, par rapport à 21 % dans les centres régionaux et à 45 % dans les autres communautés (figure 2.11).

Figure 2.10
Ménages aux besoins impérieux
TNO, 2000



Sources : Société d'habitation des TNO et Bureau de la statistique des TNO

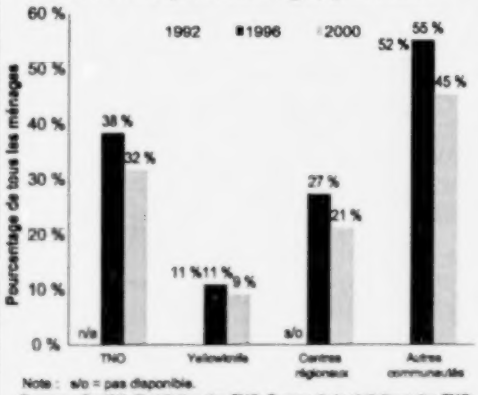
Figure 2.11
Ménages aux besoins impérieux par genre de communauté - TNO, 2000



Sources : Société d'habitation des TNO et Bureau de la statistique des TNO

25 Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde: La vie au 21e siècle : Une perspective pour tous* (OMS 1998) sans Santé et Services sociaux. *Rapport sur l'état de la santé aux TNO*, p. 47, 1999.

Figure 2.12
Ménages aux besoins impérieux avec une personne âgée présente



Note : s/o = pas disponible.
Source : Société d'habitation des TNO, Bureau de la statistique des TNO

Le pourcentage de ménages de personnes âgées aux besoins impérieux a diminué avec le temps (figure 2.12).[26] Entre 1996 et 2000, dans l'ensemble, le pourcentage des ménages des TNO qui connaissent des besoins impérieux a diminué, passant de 38 % à 32 %, et de 27 % à 21 % en régions. En 1992, 52 % des ménages des petites communautés étaient considérées comme ayant des besoins impérieux, par rapport à 45 % en 2000. À Yellowknife, les ménages ont également connu une petite baisse, passant de 11 % à 9 % selon les deux mêmes sondages.

26 Les données pour 1992 n'étaient pas disponibles pour les centres régionaux (voir l'Annexe 2 pour plus de détails).

Chapitre 3

Données socio-culturelles

Le bien-être social peut se mesurer de différentes façons. Certains des principaux facteurs qui influencent la santé sont présentés

Culture

La culture est importante et fournit un sens de l'identité et d'appartenance aux personnes regroupées selon des caractéristiques ethniques et linguistiques semblables. C'est particulièrement pertinent dans le Nord, avec une population de personnes âgées caractérisée par des cultures riches et diverses, autochtones et euro-canadiennes.

C'est difficile de quantifier la culture dans une société, particulièrement au sein d'un sous-ensemble d'une société. Bon nombre de pratiques qui aident à définir une culture ne peuvent pas être quantifiées. Par contre, certaines des composantes de base les plus essentielles de la culture, comme l'origine ethnique et la langue, peuvent être quantifiés. Les statistiques sur les deux indicateurs sont présentées.

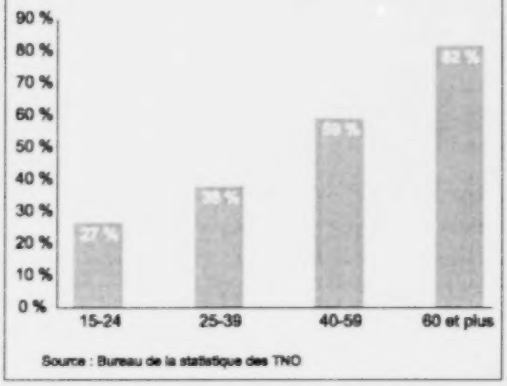
Comme détaillée au Chapitre 1, la population de personnes âgées des TNO est en grande partie autochtone, mais change. La population de personnes âgées non autochtones connaît une grande croissance et est composée de personnes d'origines ethniques diverses.

En 1991, environ 8,7 % des personnes âgées canadiennes de 65 ans et plus étaient nées à l'extérieur du Canada. En 1996, ce pourcentage était passé à 11,6 %. Les détails sur les continents ou les pays d'origine sont peu nombreux; par contre, nous savons que la récente migration pour tous les âges provenait en grande partie d'Asie et d'Afrique.[27]

Plus de 60 % de la population de personnes âgées des TNO (de soixante ans et plus) est autochtone et également diverse. De la population de personnes âgées autochtones, environ 70 % sont des Dénés, 12 %, des Inuvialuit/Inuit et 18 %, des Métis.[28]

Comme l'illustre la figure 3.1, la capacité de parler une langue autochtone est vraiment associée à l'âge. Plus de 80 % des personnes âgées autochtones peuvent parler une langue autochtone, par rapport à environ 27 % des personnes de moins de 25 ans, et à 38 % pour les personnes âgées entre 25 et 39 ans. Cela signifie que la plupart des personnes âgées autochtones actuels peuvent parler une langue autochtone, ce qui, de toute évidence, ne devrait pas être le cas dans l'avenir.

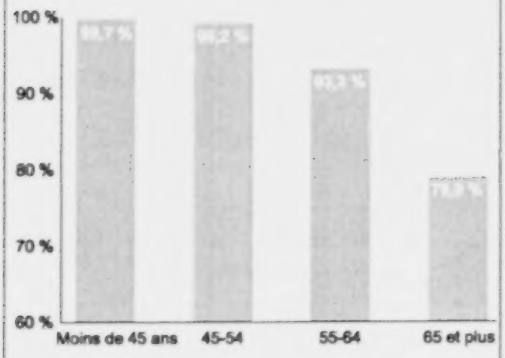
Figure 3.1
Autochtones qui peuvent parler leur langue
TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

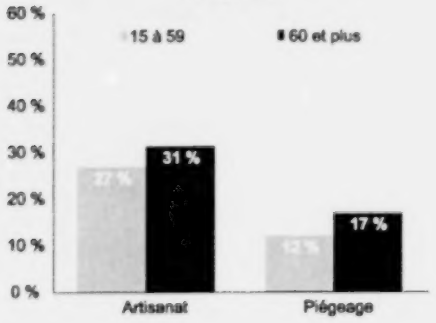
27 Statistique Canada, recensements de 1991 et de 1996, et ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport sur l'état de la santé aux TNO*, p. 56, 1999.
28 Bureau de la statistique des TNO, *Enquête sur la population active des TNO*, 1999.

Figure 3.2
Connaissance de l'anglais selon l'âge
Recensement de 1996



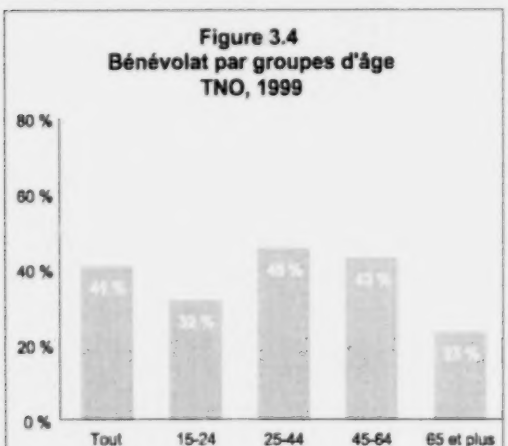
Source : Statistique Canada

Figure 3.3
Autochtones s'adonnant à des activités culturelles/traditionnelles
TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Figure 3.4
Bénévolat par groupes d'âge
TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Comme l'illustre la figure 3.2, la capacité de comprendre l'anglais dépend de l'âge, en quelque sorte. Environ 79 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont une connaissance de l'anglais, par rapport à plus de 90 % des personnes âgées de moins de 65 ans.[29]

Une mesure de la culture est le lien d'une population à son passé. Les personnes âgées autochtones ont un fort lien avec leur passé, tant en ce qui concerne la langue qu'en ce qui concerne la pratique d'activités traditionnelles. Certaines de ces activités et l'usage de la langue ont été étudiés dans *l'Enquête sur la population active* des TNO.

Comme l'illustre la figure 3.3, les personnes âgées ont plus de chance de s'adonner à l'artisanat et au piégeage. Environ 31 % des personnes âgées autochtones s'adonnaient à l'artisanat, par rapport à 27 % des personnes âgées de 15 à 59 ans. Presque toutes les personnes âgées autochtones qui faisaient de l'artisanat étaient des femmes. Dix-sept pour cent des personnes âgées autochtones s'adonnaient au piégeage, par rapport à 12 % des personnes âgées entre 15 et 59 ans.

Bénévolat

Les personnes âgées qui sont active dans la communauté risquent davantage d'être en bonne santé que celles qui ne le sont pas. Le fait de rencontrer des gens et d'interagir avec eux de façon régulière aide les personnes âgées à prospérer. Le bénévolat est un façon d'être actif dans la communauté.

Dans *l'Enquête sur la population active* de 1999, on demandait aux gens s'ils faisaient du bénévolat ou pas. Comme on le voit à la figure 3.4, les personnes âgées entre 25 et 44 ans risquaient davantage d'avoir fait du bénévolat; la population des personnes âgées entre 45 et 64 ans suivait de près. Trente-trois pour cent des personnes âgées des TNO ont dit faire du bénévolat, ce qui représente un plus grand pourcentage qu'au Canada (18 %, voir figure 3.5).

29 L'Enquête sur la population active des TNO n'a posé des questions que sur la connaissance et l'usage des langues autochtones. Les données de recensement présentement disponibles sont décomposées par groupes d'âge à la figure 3.2 mais pas par origine ethnique.

Dans l'ensemble, il n'y avait pas une grande différence dans le bénévolat des hommes et des femmes âgées. Un pourcentage vraiment plus important (46 %) de personnes âgées non autochtones ont dit faire du bénévolat, par rapport aux personnes âgées autochtones (12 %).

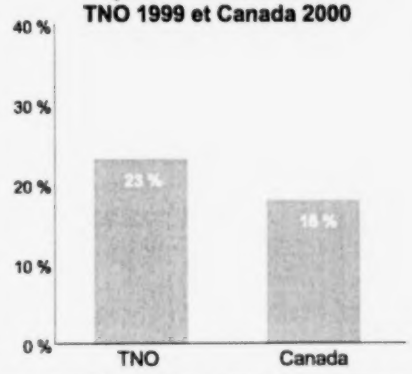
Dans chaque groupe ethnique, il y avait des différences de genre : plus d'hommes que de femmes rapportent faire du bénévolat (voir le tableau 3.1) La différence entre les taux de bénévolat parmi les personnes autochtones et non autochtones est principalement attribuable à un ensemble de trois facteurs : l'expérience historique, le taux de prévalence d'organismes de bénévolat dans la communauté et les concepts différents de bénévolat.

Historiquement, les organismes de bénévolat constituent un phénomène en grande partie euro-canadien. Pour bon nombre d'Autochtones, le contact avec de tels organismes aurait été pratiquement inexistant jusqu'au siècle dernier, un contact qui était plus élevé dans les grands centres du Nord que dans les petites communautés.

De nos jours, la plupart des gros organismes de bénévolat sont en opération à Yellowknife et, dans une certaine mesure, dans les centres régionaux (Hay River, Inuvik et Fort Smith). La plupart des personnes âgées autochtones ne vivent pas à Yellowknife mais plutôt dans les petites communautés. Par contre, la plupart des personnes âgées non autochtones vivent à Yellowknife; très peu d'entre elles vivent dans les petites communautés des TNO. Donc, l'occasion pour les personnes âgées autochtones de faire du bénévolat de quelque sorte est moindre qu'il ne l'est pour les personnes âgées non autochtones.

De plus, les sondages qui recueillent de l'information sur le bénévolat peuvent ne pas comprendre d'autres genres de temps consacré au bénévolat qui sont courants dans les communautés autochtones. Par exemple, les personnes âgées autochtones fournissent de l'enseignement précieux sur des connaissances et des compétences traditionnelles aux jeunes de leur communauté.

Figure 3.5
Pourcentage de personnes âgées qui font du bénévolat
TNO 1999 et Canada 2000



Sources : Bureau de la statistique des TNO et Statistique Canada

Tableau 3.1
Pourcentage de personnes âgées qui font du bénévolat
TNO, 1999

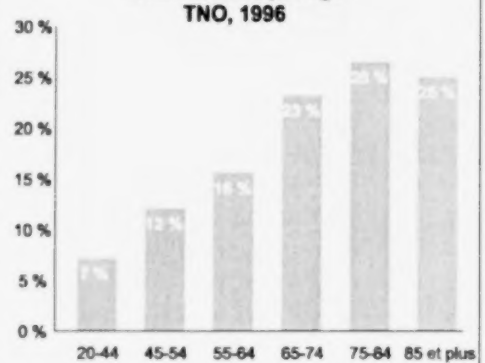
	Femmes	Hommes	Les deux
Les deux	23 %	20 %	26 %
Autochtones	12 %	11 %	12 %
Non autochtones	46 %	41 %	50 %

Source : Bureau de la statistique des TNO

Modes de vie

Le fait de vivre seul peut être une question de choix, mais il peut aussi indiquer le manque d'appui, particulièrement en période de nécessité. Un besoin immédiat peut comprendre plusieurs choses, allant de la crise cardiaque à une urgence, comme un incendie ou une introduction par effraction. Les personnes qui vivent seules risquent davantage de souffrir d'isolement social, même si elles ont toujours un système de soutien actif. Plus l'isolement social est grand, plus grande est la possibilité pour les personnes âgées « de connaître toute une variété de

Figure 3.6
Pourcentage des personnes vivant seules, par âge
TNO, 1996



Source : Statistique Canada

Figure 3.7
Pourcentage de personnes âgées vivant seules par genre de communauté
TNO, 1996

Source : Statistique Canada

problèmes de santé et de facteurs de risque qui peuvent limiter davantage leurs réseaux de soutien social. »[30]

La possibilité de vivre seul s'accroît avec l'âge. Selon le recensement de 1996, environ 24 % des personnes âgées des TNO de 65 ans et plus vivent seules. Comme on le voit à la figure 3.6, 7 % des adultes âgés entre 20 et 44 ans vivent seuls. Le pourcentage de la population vivant seule augmente beaucoup dans la population des personnes âgées de 45 à 54 ans, et également chez les 65 ans et plus.

Le pourcentage de personnes âgées vivant seules varie selon le genre de communauté où elles vivent. La figure 3.7 illustre que le pourcentage de la population des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent seules à Yellowknife est de 33 %, suivi de près par les centres régionaux, à 31 %. Les petites communautés ont le plus bas pourcentage de personnes âgées vivant seules, avec 18 %.

Au Canada, le pourcentage de personnes âgées vivant seules a augmenté au cours des 10 à 20 dernières années. En 1996, 29 % de personnes âgées qui ne vivaient pas dans un établissement pour personnes âgées vivaient seules, par rapport à 20 %, en 1971.[31]

30 Macleod, Linda, and associates, *Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach* (Santé Canada, p. 14, 1997).
31 Statistique Canada dans Santé Canada, *Feuilles de renseignements 8 sur les personnes âgées*. Des antécédents pour les TNO n'étaient pas disponibles au moment de la publication de ce rapport.

Chapitre 4

Pratiques personnelles en matière de santé

La plupart des données de ce chapitre proviennent de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) de 2000-2001. Les conclusions de l'enquête à propos des personnes âgées des TNO sont fondées sur un petit échantillonnage de la population des TNO de 65 ans et plus. Étant donné ce petit échantillonnage de l'ESCC, nous avons tenté de faire en sorte que le lecteur soit conscient quand une différence entre les groupes d'âge ou entre les personnes âgées de deux provinces ou plus est statistiquement importante ou non importante.[32] Les lecteurs devraient ne pas tirer de conclusions en se fondant sur une ou deux mesures.

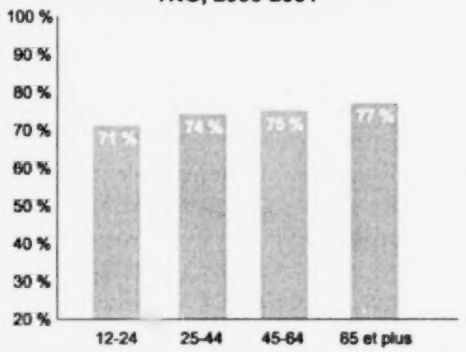
Régime alimentaire

Bien manger aide à vieillir en santé. Cela signifie de choisir une variété d'aliments recommandés dans le *Guide alimentaire canadien*. Les résultats de l'enquête SCC indiquent que la plupart des gens des TNO ne se conforment pas aux recommandations du *Guide alimentaire canadien* de consommer cinq à dix portions de fruits et de légumes par jour.[33] L'enquête SCC a également posé des questions aux gens sur leur capacité financière pour acheter de la nourriture.

La figure 4.1 fait le profil des groupes d'âge du pourcentage de la population des TNO qui ont une consommation moindre que l'apport quotidien recommandé de fruits et de légumes. À première vue, il semble qu'à mesure que les gens vieillissent, il y a une augmentation minime de la population qui mange moins de cinq portions de fruits et de légumes chaque jour. Cependant, ces augmentations apparentes entre un groupe d'âge et le suivant ne sont pas statistiquement importantes.

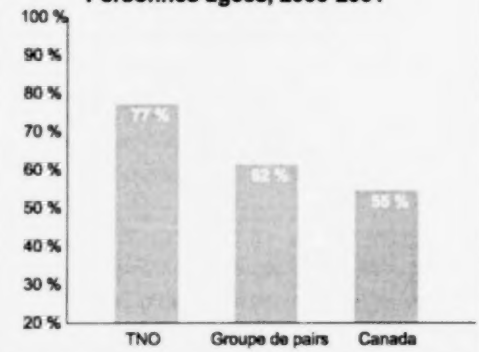
La figure 4.2 fournit une comparaison de consommation inadéquate de fruits et de légumes chez les personnes âgées des TNO, au Canada et chez le groupe de pairs aux TNO.[34] Un plus grand pourcentage (77 %) des personnes âgées des TNO mangent moins que la quantité recommandée de fruits et de légumes, vraiment plus que la moyenne des personnes âgées du Canada, mais pas vraiment différemment que le groupe de pairs.

Figure 4.1
Consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour, par âge TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.2
Consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour Personnes âgées, 2000-2001



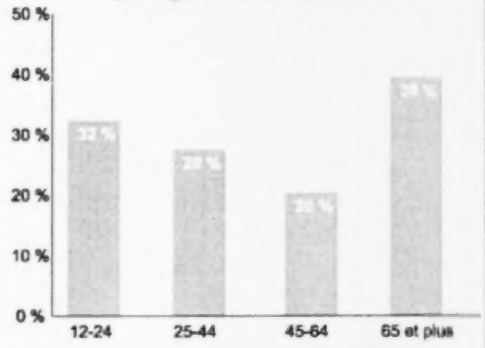
Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

32 De même, les données ont été présentées de manière qui permette la plus grande fiabilité possible. Dans la plupart des cas, les données ne peuvent pas être présentées par sexe, étant donné la non-fiabilité des résultats basés sur les très petits échantillonnages de l'enquête. Voir l'Annexe 2 pour plus de détails sur l'importance statistique.

33 Santé Canada, *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*, 1992.

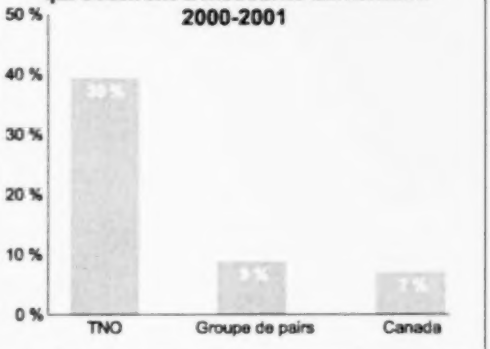
34 L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes fournit des données au niveau de région sanitaire. Les groupes de pairs sont des groupes dans les régions sanitaires avec des données démographiques et des caractéristiques socio-économiques semblables. Voir l'Annexe 2 pour la liste des régions sanitaires dans le groupe de pairs.

Figure 4.3
Pourcentage de la population qui souffre d'insécurité alimentaire, par âge, TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.4
Pourcentage de la population de personnes âgées qui souffrent d'insécurité alimentaire 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

D'après les données de l'enquête, c'est clair qu'il y a encore beaucoup de place pour l'amélioration du régime alimentaire des personnes âgées des TNO (de même que pour tous les âges). Néanmoins, la consommation de fruits et de légumes n'est pas une simple question de choix aux TNO. Le choix d'aliments santé peut constituer un défi aux TNO en raison du coût et de la disponibilité. L'enquête SCC a posé des questions aux répondants, si, au cours de l'année précédente, eux ou une personne dans la maison :

- avait été inquiet d'avoir un manque de nourriture en raison d'un manque d'argent;
- n'avait pas eu suffisamment de nourriture en raison d'un manque d'argent;
- n'avait pas pu se procurer la qualité ou la variété d'aliments qu'il voulait en raison d'un manque d'argent.

En général, on fait référence à cette question comme étant la sécurité alimentaire.

La figure 4.3 illustre, par groupes d'âge, le pourcentage de la population des TNO qui connaît des problèmes de sécurité alimentaire. Environ 40 % des personnes âgées des TNO ont indiqué que c'était le manque d'argent qui avait causé l'insécurité alimentaire au cours de l'année précédant l'enquête. C'est le double du pourcentage pour le groupe d'âge des 45 à 64 ans.

La figure 4.4 compare les personnes âgées des TNO avec un groupe de pairs des TNO et les personnes âgées du Canada. Il existe de grandes différences, statistiquement importantes, dans l'insécurité alimentaire entre les TNO et le groupe de pair, de même qu'entre les TNO et le Canada. Contrairement aux TNO, où 40 % des personnes âgées ont dit connaître l'insécurité alimentaire, seulement 9 % du groupe de pairs et 7 % de personnes âgées du Canada ont rapporté souffrir d'insécurité alimentaire.

Les choix sages en matière d'aliments peuvent aider les gens de tous les âges à rester en santé et à prévenir ou à retarder l'arrivée de maladies et de conditions chroniques comme le cancer, les maladies cardiaques, l'ostéoporose, l'hypertension et les dysfonctionnements intestinaux. Ces maladies et conditions sont parmi les principales causes d'hospitalisation et de morbidité chez les personnes âgées des TNO (voir les chapitres 6 et 7).

Activité physique

L'enquête SCC fournit une étude approfondie de l'activité physique. On a posé aux répondants des questions sur le genre et la fréquence de leur

participation à une activité physique. Les activités examinées allaient du jardinage à la marche, de la pêche à la chasse, de la danse au curling. À partir des réponses, Statistique Canada a pu évaluer à peu près le montant de calories d'énergie par jour une personne dépensait. Les gens ont ensuite été regroupés en trois catégories concernant l'activité : actifs, modérément actifs et inactifs.

Les gens actifs étaient ceux qui faisaient suffisamment d'exercice pour en tirer des avantages cardiovasculaires. Les gens qui étaient modérément actifs pouvaient connaître certains avantages pour la santé, mais peu du point de vue cardiovasculaire. Les gens inactifs risquaient davantage de souffrir à long terme d'effets néfastes sur la santé.

Comme on le voit à la figure 4.5, l'enquête SCC indique que 87 % des personnes âgées des TNO étaient inactives, avec des niveaux d'activité qui diminuaient avec l'âge.

Même si on peut s'attendre à ce que l'activité décroisse à mesure que les gens vieillissent, les personnes âgées des TNO sont moins actives que leurs pairs et que la moyenne des personnes âgées du reste du Canada (figure 4.6).

Consommation d'alcool

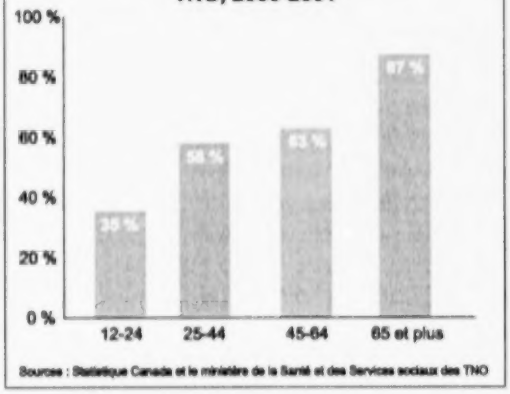
L'abus d'alcool peut entraîner un certain nombre de problèmes sociaux et de santé. L'abus d'alcool à court terme peut causer des blessures et la mort par le biais de la violence et d'accidents. L'abus d'alcool à long terme peut entraîner la détérioration des capacités cognitives, un risque plus élevé de cancer du foie et d'autres problèmes mentaux, émotionnels et physiques.

Les trois mesures suivantes aident à évaluer l'usage d'alcool chez les personnes âgées :

- la quantité d'alcool consommée l'année précédente;
- le pourcentage de buveurs consommant de l'alcool moins d'une fois par semaine;
- le pourcentage de buveurs consommant plus de cinq consommations en une seule occasion.[35]

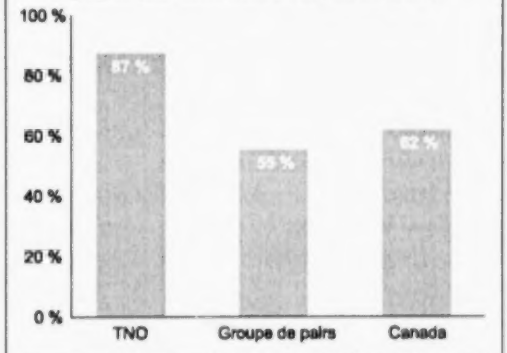
La figure 4.7 révèle que moins de la moitié des personnes de 65 ans et plus des TNO ont consommé de l'alcool au cours de l'année précédente, selon l'enquête SCC de 2000-2001. Par contre, entre 70 % et 80 % des adultes âgés entre 25 et 64 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois au cours de la même période.

Figure 4.5
Pourcentage de la population physiquement inactive par âge
TNO, 2000-2001



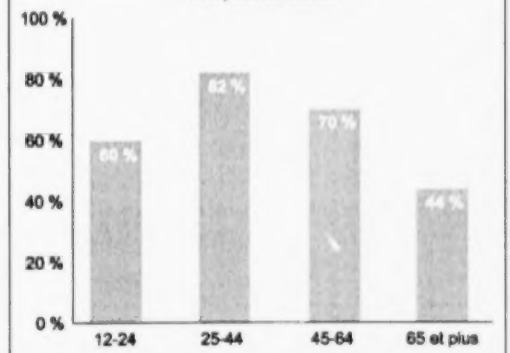
Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.6
Pourcentage de la population de personnes âgées physiquement inactives, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.7
Consommation d'alcool au cours de l'année précédente, par âge
TNO, 2000-2001



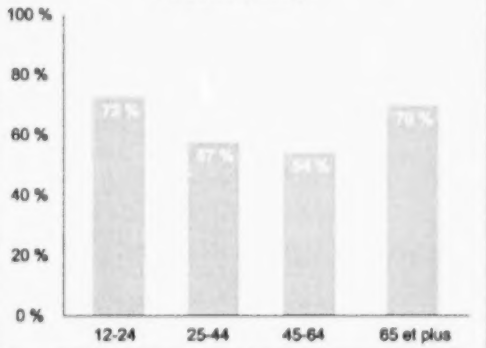
Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

35 Trois mesures de consommation d'alcool sont utilisées, car c'est souvent difficile de mesurer efficacement la consommation d'alcool avec une seule mesure. La consommation régulière d'alcool n'est pas un signe de problème d'alcool, comme la consommation irrégulière d'alcool n'est pas un signe de consommation responsable.

Figure 4.8
Consommation d'alcool au cours de l'année précédente
Personnes âgées, 2000-2001

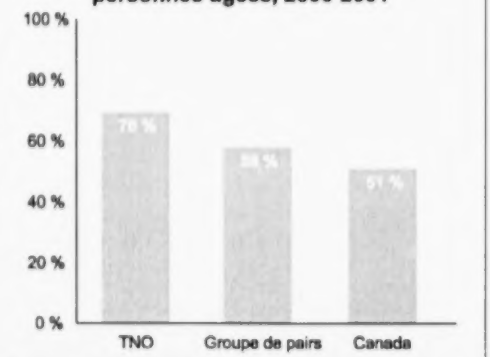
Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.9
Consommation d'alcool moins d'une fois par semaine, par âge
TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.10
Consommation d'alcool moins d'une fois par semaine, personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

La figure 4.8 illustre que les personnes âgées des TNO avaient moins de chance de consommer de l'alcool par rapport aux personnes âgées du groupe de pairs ou du Canada. Ces différences dans la consommation d'alcool sont statistiquement importantes.

La figure 4.9[36] illustre le pourcentage de buveurs qui consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine. Après les jeunes (de 12 à 24 ans), les personnes âgées avaient le moins de chance de consommer de l'alcool chaque semaine. Les résultats pour les personnes âgées ne sont pas statistiquement importants par rapport aux résultats des autres groupes d'âge.

La figure 4.10 illustre le pourcentage de personnes âgées des TNO, d'un groupe de pairs et du Canada qui consomment de l'alcool moins d'une fois par semaine. Il n'y a pas de différence importante entre les niveaux des personnes âgées des TNO et ceux des personnes âgées d'un groupe de pairs et de celles du Canada.

Une mesure relativement bonne de l'abus d'alcool est l'incidence des personnes qui boivent plus de cinq consommations à au moins une occasion. Le fait de consommer cinq consommation ou plus en une occasion est une indication possible de beuverie irrégulière. En raison des petits nombres des échantillonnages des données des TNO, les résultats pour cet indicateur doivent être inversés pour donner le profil de personnes âgées qui boivent (figures 4.11 et 4.12).

36 Les résultats de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* illustrés dans les figures 4.9 et 4.12 comprennent des gens qui ont consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête.

La figure 4.11 illustre que les personnes âgées avaient le moins de chance de faire une surconsommation d'alcool. Les jeunes et les jeunes adultes risquent davantage de faire une surconsommation d'alcool.

La figure 4.12 illustre que la plupart des personnes âgées des TNO évitent une consommation excessive d'alcool, mais pas autant que le groupe de pairs ou dans le reste du Canada (80 % et 87 % respectivement). Il existe une différence statistiquement importante entre les personnes âgées des TNO et celles du Canada, mais pas entre celles des TNO et du groupe de pairs.

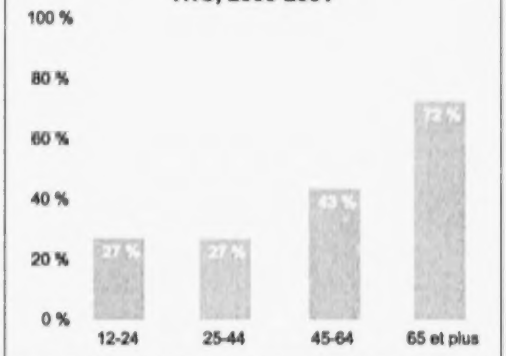
Tabagisme

Le tabagisme est directement lié à l'état de santé, car il est une des principales causes de maladies et de décès. L'usage du tabac est responsable *« d'au moins 85 % des cas de cancer du poumon et une des principales causes des cancers de la bouche, de la gorge, de la vessie et de l'œsophage. C'est également un facteur de risque important pour le cancer des reins, du pancréas et du col de l'utérus. Le tabagisme est la principale cause de toutes les maladies respiratoires, comprenant l'emphysème et la bronchite chronique. Il augmente le risque chez une personne de développer une maladie du cœur, les accidents cardiovasculaires, le diabète, le diabète insulino-dépendant et différentes autres maladies et conditions. »* [37]

Aux TNO, les taux de tabagisme sont beaucoup plus élevés que les taux nationaux pour tous les groupes d'âge, y compris les personnes âgées. Ce n'est pas surprenant qu'un plus grand pourcentage de personnes âgées des TNO que du reste du Canada souffrent de maladies respiratoires et de cancer du poumon. (voir chapitres 6 et 7).

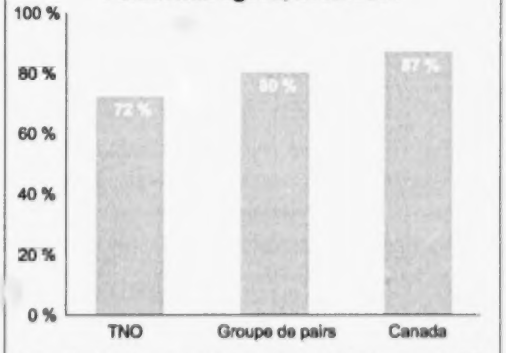
Selon l'Enquête de 1999 sur la population active des TNO, 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus étaient des fumeurs, par rapport à 12 % pour les personnes âgées au national. Il est probable que ces personnes âgées ont fumé une grande partie de leur vie adulte, car quelques fumeurs disent avoir commencé après l'âge de 19 ans.[38] C'est intéressant de noter que même si seulement 12 % des personnes âgées fument, un grand pourcentage d'entre elles (41 %) ont dit être d'anciens fumeurs.[39]

Figure 4.11
Surconsommation sporadique d'alcool évitée, par âge
TNO, 2000-2001



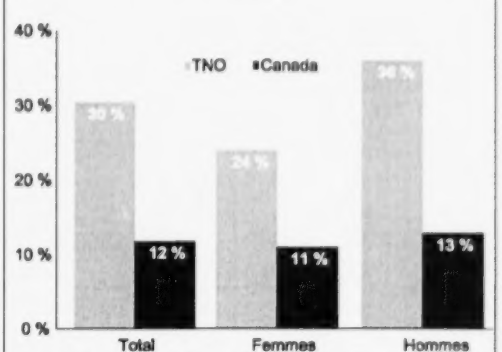
Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 4.12
Surconsommation sporadique d'alcool évitée
Personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

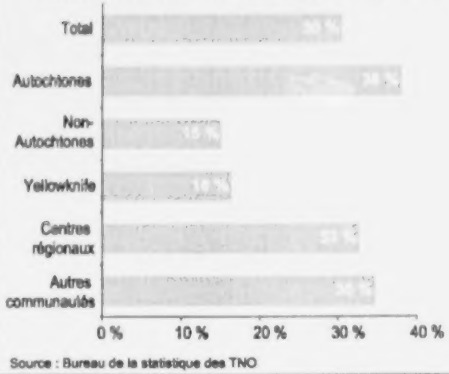
Figure 4.13
Pourcentage de personnes âgées qui fument
1999



Sources : Bureau de la statistique des TNO et Statistique Canada

37 Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *The Facts about smoking in the Northwest Territories*, p. 1.
38 Bureau de la statistique des TNO et Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population*, 1994-1995
39 Statistique Canada, *Enquête de surveillance de l'usage de tabac au Canada*, 1999.

Figure 4.14
Pourcentage de fumeurs actuels
Personnes âgées selon
différentes caractéristiques, TNO, 1999



Source : Bureau de la statistique des TNO

Comme chez la population adulte en général, un plus grand pourcentage de personnes âgées qui fument sont des hommes, autochtones et ont vécu à l'extérieur des TNO. Comme on le voit à la figure 4.14, le pourcentage d'Autochtones fumeurs (38 %) étaient plus du double que le pourcentage de fumeurs non autochtones (15 %). Le taux de tabagisme chez les personnes âgées des communautés à l'extérieur de Yellowknife était de 33 % par rapport à 16 % à Yellowknife.

Il n'y a pas suffisamment de données pour suggérer que les taux de tabagisme chez les personnes âgées des TNO diminuent. Cependant, il est possible que les taux de tabagisme déclinent au cours des deux prochaines décennies pour deux raisons démographiques :

- le pourcentage de personnes âgées non autochtones croît plus rapidement que celui de personnes âgées autochtones;
- on s'attend à ce que le pourcentage de personnes âgées à Yellowknife croisse plus rapidement que le pourcentage de personnes âgées dans les autres communautés.

Les personnes âgées non autochtones et les personnes âgées vivant à Yellowknife ont des taux de tabagisme beaucoup moins élevés que les personnes âgées autochtones et les personnes âgées vivant ailleurs aux TNO.

État de santé et bien-être

La façon dont les gens se sentent à propos de leur santé et de leur bien-être peut vraiment influencer leur état de santé général. C'est important de noter que les gens qui souffrent de maladies, de blessures ou de handicaps peuvent tout de même vivre relativement heureux, alors que d'autres qui n'ont aucune maladie sont tout de même déprimés ou font montre de négativité face à leur vie.

Dans cette section, nous examinerons l'état de santé subjective ou auto-évalué, la mortalité et la morbidité (maladie ou blessure). La morbidité est une mesure objective de l'état de santé qui examine de quelles maladies souffrent les gens, contrairement à la façon dont ils sont devenus malades (p.ex. les déterminants sur la santé) ou comment ils perçoivent leur santé et leur bien-être. L'espérance de vie et la mortalité (de quoi les gens meurent) fournissent des mesures relativement objectives de l'état de santé d'une population donnée et permettent de faire des comparaisons avec d'autres populations.

Un grand nombre de mesures d'auto-évaluation et de santé subjective sont présentées : santé dans son ensemble, niveau d'estime de soi, probabilité de dépression, santé fonctionnelle, capacité de vaquer à ses activités quotidiennes, présence de problèmes chroniques de santé.

Chapitre 5

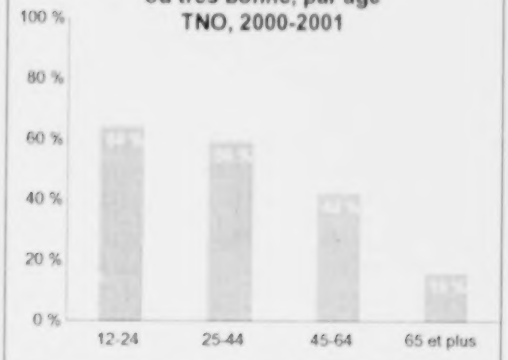
État de santé subjectif

Comme le suggère le titre de ce chapitre, l'information de ces indicateurs est fondée sur l'opinion des personnes interrogées. C'est pourquoi, le concept d'une personne d'excellente santé, peu importe comment il est bien défini, ne correspond pas exactement au concept d'une autre personne.

La source de données pour ce chapitre est *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001. Les résultats de l'enquête sur les personnes âgées des TNO sont fondés sur un petit échantillonnage de la population des personnes âgées de 65 ans et plus. Les lecteurs ne devraient pas tirer de conclusions uniquement à partir d'une ou deux mesures.[40]

40 Voir Annexe 2 pour des détails sur la signification statistique.

Figure 5.1
Pourcentage de la population qui dit avoir une santé excellente ou très bonne, par âge TNO, 2000-2001

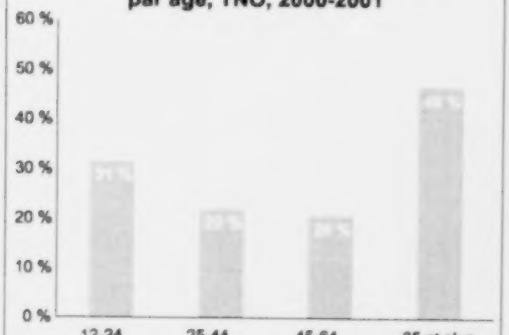


Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.2
Pourcentage de la population qui dit avoir une santé excellente ou très bonne Personnes âgées, 2000-2001

Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.3
Pourcentage de la population qui dit avoir peu de maîtrise de leur vie, par âge, TNO, 2000-2001



Sources : Statistiques Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Auto-évaluation de l'état de santé

La recherche indique que l'auto-évaluation de la santé est un indicateur utile et étonnamment exact de l'état de santé de la population, car il correspond vraiment avec plusieurs mesures « objectives » de l'état de santé.[41]

On a demandé aux répondants à *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de qualifier leur état général de santé d'après les qualificatifs suivants : excellent, très bon, bon, passable, mauvais.

Le tableau 5.1 illustre le pourcentage de la population des TNO par âge qui a qualifié leur état de santé comme étant «excellent» ou «très bon». Il existe une grande différence statistiquement importante dans les réponses des différents groupes d'âge. Ce sont les jeunes (de 12 à 24 ans) qui ont le plus haut taux de réponses de santé excellente ou très bonne; les personnes âgées ont le plus bas taux de réponses (65 ans et plus).

À mesure que les gens vieillissent et que les maladies chroniques augmentent, ce n'est pas surprenant que la santé décline. Néanmoins, moins de personnes âgées des TNO (16 %) ont dit avoir une santé excellente ou très bonne, par rapport aux personnes âgées dans le groupe de pairs et au national (figure 5.2). Les différences entre les TNO et le groupe de pairs, de même qu'entre les TNO et le Canada, sont statistiquement importantes.

Bien-être psychologique[42]

Le bien-être psychologique est une autre mesure de santé positive. Le bien-être et la satisfaction dans la vie sont des éléments importants du concept d'ensemble de la qualité de vie. Comme le *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* le souligne :

«Le bien-être, ou la santé psychologique, peut être défini comme un ensemble d'attributs physiques, mentaux et sociaux permettant à l'individu de surmonter des problèmes de santé et de fonctionnement.» [43]

41 *Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne : Annexe technique* (Santé Canada, 1999).

42 Les données d'enquête concernant la maîtrise de la vie et l'estime de soi sont fondées sur une série de questions et «... ne devraient pas être interprétées comme ayant une importance clinique» *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (Santé Canada), p. 221, 1999.

43 *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* : Annexe technique, (Santé Canada) p. 238, 1996.

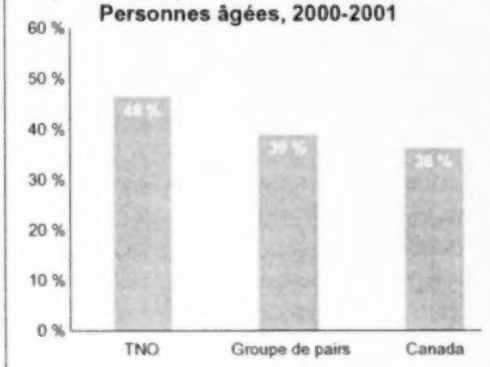
L'Enquête nationale de 2000-2001 sur la santé de la population a posé une série de questions dans l'intention de connaître le degré de maîtrise de leur vie (contrôle) que les gens avaient l'impression d'avoir sur différents aspects de leur vie. L'enquête a révélé que 46 % des personnes âgées des TNO avaient l'impression d'avoir peu de maîtrise de leur vie;[44] elles avaient environ le même sens de contrôle que les personnes âgées du Canada ou du groupe de pairs (figure 5.4 ; les différences n'étaient pas statistiquement importantes).

La figure 5.5 segmente les bas niveaux d'estime de soi par groupes d'âge de la population des TNO.[45] Les chiffres varient et suggèrent que les jeunes (de 12 à 24 ans) et les personnes âgées ont la plus basse estime de soi; par contre, les chiffres sont basés sur de petits échantillonnages et les différences ne sont pas statistiquement importantes. Ces niveaux étaient semblable à ceux rapportés pour le groupe de pairs des TNO et les personnes âgées du Canada (figure 5.6).

Risque de dépression

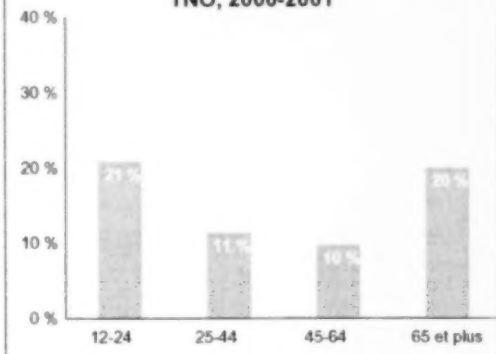
La dépression est une des principales formes de maladie mentale, souvent caractérisée par un sentiment profond de tristesse et une impression de détresse et de désespoir. *L'Enquête sur la santé de la population canadienne de 2000-2001* a mesuré la portée de la dépression en posant une série de questions qui estimait la probabilité qu'une personne pourrait être diagnostiquée comme dépressive si elle consultait un médecin. [46]

Figure 5.4
Pourcentage de la population qui dit avoir peu de maîtrise de leur vie
Personnes âgées, 2000-2001



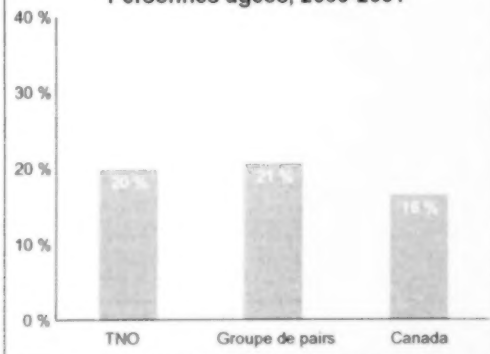
Sources : Statistiques Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.5
Pourcentage de la population ayant une faible estime de soi, par âge
TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

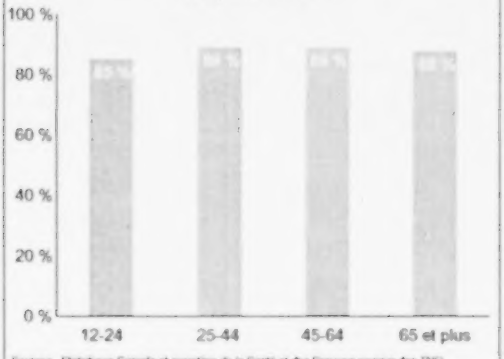
Figure 5.6
Pourcentage de la population ayant une faible estime de soi
Personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

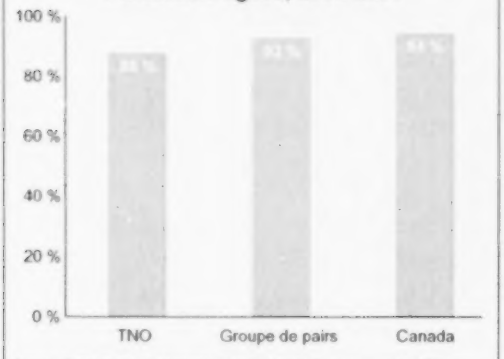
44 Le sentiment d'avoir peu de maîtrise sur sa vie se définit par un pointage de moins de 18 sur une échelle de 28.
45 Une faible estime de soi est définie par un pointage de moins de 18 sur une échelle de 28.
46 *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (Santé Canada), p. 292, 1999.

Figure 5.7
Pourcentage de la population sans aucun risque de dépression, par âge TNO, 2000-2001



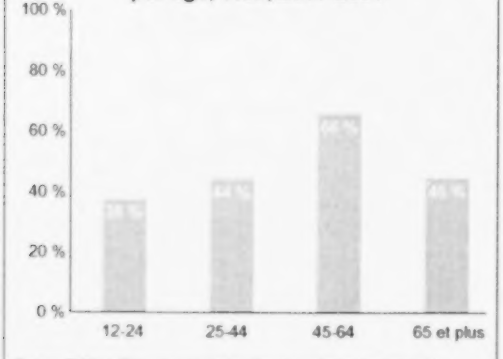
Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.8
Pourcentage de la population sans aucun risque de dépression Personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.9
Pourcentage de la population avec un très bon état de santé fonctionnel, par âge, TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Comme on le constate à la figure 5.7, plus de 85 % de chaque groupe d'âge n'avait aucun risque de dépression et les petites différences dans ces chiffres n'étaient pas statistiquement importantes.

Même si le pourcentage de 88 % de personnes âgées des TNO qui ne sont pas à risque semble être moins élevé que le pourcentage rapporté pour le groupe de pairs (93 %) et celui des personnes âgées ailleurs au Canada (94 %), ces chiffres ne sont pas statistiquement différents (figure 5.8).

Il est important de réaliser que cette mesure de la dépression est fondée sur un petit échantillonnage de la population de personnes âgées des TNO. La dépression peut davantage affecter certaines personnes âgées que d'autres, comme celles qui vivent dans des établissements par rapport à celles qui vivent de façon indépendante. Malheureusement, *l'Enquête sur la santé de la population canadienne aux TNO* ne permet pas une plus grande couverture du groupe des personnes âgées de 65 ans et plus.

État de santé fonctionnelle

L'état de santé fonctionnelle est un autre indicateur de la santé dans son ensemble qui tient compte de huit caractéristiques : la vision, l'ouïe, la parole, la mobilité (capacité de se déplacer), la dextérité (usage des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), l'émotion (sentiments), la douleur et l'inconfort. L'état de santé fonctionnelle mesure la capacité dans l'ensemble d'une personne de vaquer à ses activités quotidiennes.

La figure 5.9 illustre par groupes d'âge le pourcentage de la population des TNO ayant un très bon état de santé fonctionnelle. Sauf en ce qui concerne le groupe d'âge des 45 à 64 ans, il n'y avait pas une grande différence entre les niveaux rapportés pour les personnes âgées et les groupes de personnes plus jeunes.

Il existe de légères différences entre les personnes âgées des TNO et le groupe de pairs, de même qu'avec les personnes âgées du Canada. La figure 5.10 illustre que 45 % des personnes âgées des TNO ont un très bon état de santé fonctionnelle par rapport à 53 % pour le groupe de pairs des TNO et à 59 % des personnes âgées du Canada.

La différence entre les TNO et le groupe de pairs est négligeable, mais la différence entre les TNO et le Canada est importante.

Limitations prolongées de l'activité et problèmes chroniques de santé [47]

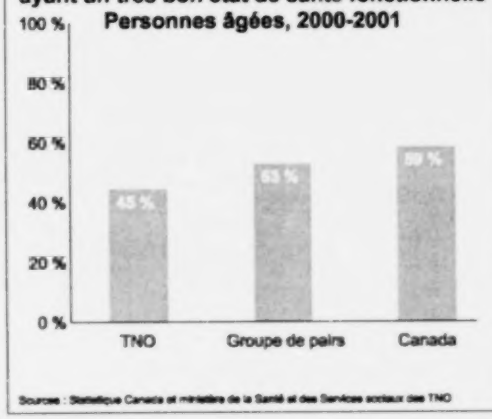
Les limitations du genre et de quantité d'activités attribuables à des conditions physiques ou mentales à long terme fournissent une autre mesure de l'état de santé et sont étroitement liées à la qualité de la vie.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001 a posé des questions aux gens à savoir si leur vie était affectée par un ou plusieurs problèmes de santé, et dans quelle mesure (p. ex. souvent, quelquefois, jamais). L'Enquête a également demandé aux gens s'ils avaient besoin d'aide pour effectuer les tâches quotidiennes, et s'ils souffraient de problèmes chroniques de santé.

La figure 5.11[48] illustre que les personnes âgées étaient plus susceptibles de rapporter que leur vie était souvent affectée par un problème de santé. Ce n'est pas surprenant, car l'état de santé général décline avec l'âge (voir la figure 5.1) et le pourcentage de la population ayant un problème chronique de santé augmente avec l'âge (voir la figure 5.15).

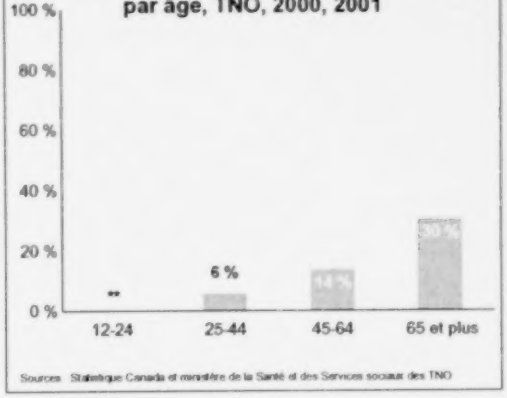
La figure 5.12 illustre que les personnes âgées des TNO (30 %) risquaient un peu plus de rapporter être touchées par des problèmes de santé que leurs pairs (25 %) et que les personnes âgées du Canada (22 %), mais ces différences sont négligeables.

Figure 5.10
Pourcentage de la population ayant un très bon état de santé fonctionnelle
Personnes âgées, 2000-2001



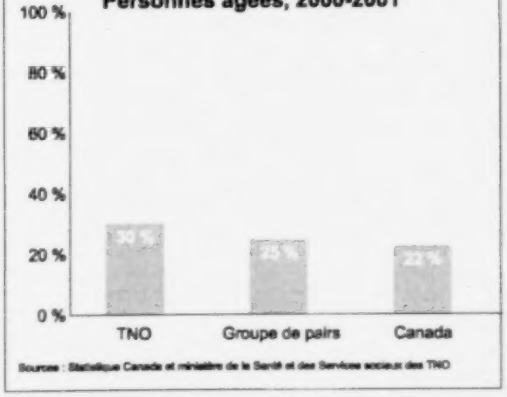
Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.11
Pourcentage de la population souvent touchée par des problèmes de santé, par âge, TNO, 2000, 2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.12
Pourcentage de la population souvent touchée par des problèmes de santé
Personnes âgées, 2000-2001

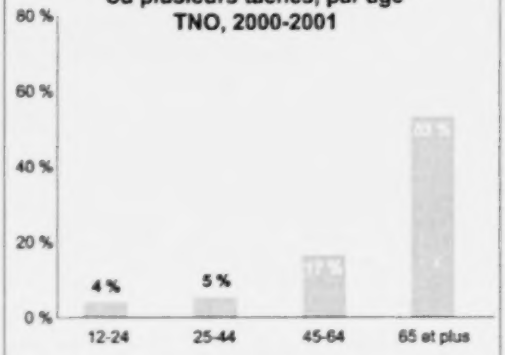


Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

47 Quand une personne rapporte avoir une limitation prolongée de l'activité ou un problème chronique de santé, aucune tentative n'a été faite pour vérifier leurs dires.

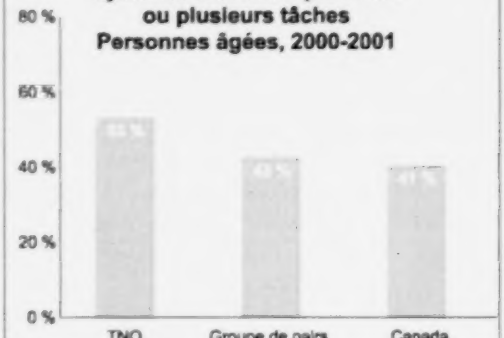
48 Les données pour les personnes de 12 à 24 ans ont été supprimées en raison du petit échantillonnage

Figure 5.13
Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour une ou plusieurs tâches, par âge TNO, 2000-2001



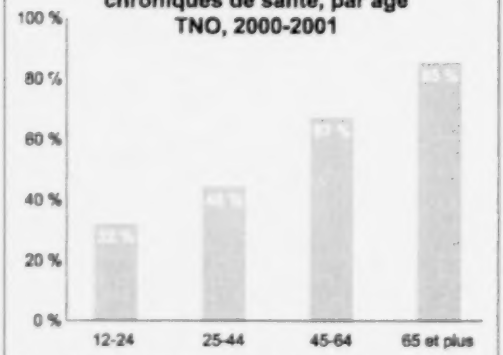
Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.14
Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour une ou plusieurs tâches Personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 5.15
Pourcentage de la population qui dit avoir un ou plusieurs problèmes chroniques de santé, par âge TNO, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

La figure 5.13 illustre par groupes d'âge le pourcentage de la population des TNO qui a besoin d'aide pour effectuer au moins une tâche.[49] C'est un autre indicateur qui est influencé par l'âge, avec 53 % des personnes âgées des TNO qui ont besoin d'aide pour une tâche ou plus par jour, par rapport à 5 % ou moins pour les personnes âgées de moins de 45 ans.

Les personnes âgées des TNO risquaient un peu plus (mais pas beaucoup) d'avoir besoin d'aide pour une tâche quotidienne, que les personnes du groupe de pairs (figure 5.14), mais étaient beaucoup plus dépendants que les personnes âgées du Canada.

La figure 5.15 illustre, par groupes d'âge, le pourcentage de la population des TNO ayant rapporté avoir un ou plusieurs problèmes chroniques de santé.[50] Cet indicateur est étroitement lié à l'âge, car 85 % des personnes âgées ont dit souffrir d'une condition chronique, par rapport à 67 % de la population âgée entre 45 et 64 ans, 45 % des personnes âgées entre 25 et 44 ans et à 32 % des celles âgées entre 12 et 24 ans.

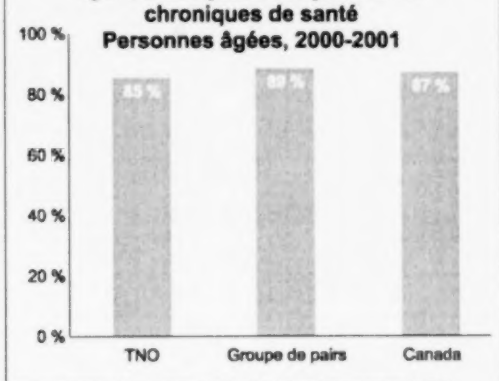
49 Une tâche est une activité quotidienne ou régulière comme le magasinage, le ménage, les soins personnels ou la préparation des repas.

50 Les problèmes chroniques comprennent toute une variété de conditions de santé, allant des allergies à la maladie d'Alzheimer.

La figure 5.16 indique qu'environ le même pourcentage de personnes âgées, de 85 à 89 %, dans les trois régions géographiques, ont dit avoir un ou plusieurs problèmes chroniques de santé.

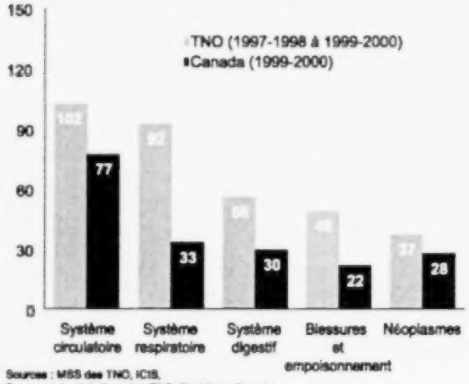
Les conclusions dans ce chapitre indiquent que même si les personnes âgées des TNO vivent plus longtemps (voir chapitre 7), un gros pourcentage de personnes âgées connaissent certains problèmes de santé. Ce pourcentage est souvent plus grand que ceux rapportés par le groupe de pairs d'une région similaire et au Canada dans l'ensemble.

Figure 5.16
Pourcentage de la population ayant un ou plusieurs problèmes chroniques de santé
Personnes âgées, 2000-2001



Sources : Statistique Canada et ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Figure 6.1
Taux d'hospitalisation des personnes âgées (par 1000) selon les principales causes



Sources : MSS des TNO, ICIS,
Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada

Chapitre 6
Morbidité

Contrairement au chapitre 5 qui explore des mesures subjectives d'état de la santé, ce chapitre explore une mesure plus objective, la morbidité (maladie et blessure). La morbidité sera étudiée en examinant les principales causes d'hospitalisation.[51] Si on fait exception du cancer, les données sur l'hospitalisation sont utilisées au lieu de registres non existants sur les maladies. L'hospitalisation sert d'indication des formes les plus graves de maladies, sauf la mort. Enfin, une série de sujets spéciaux sont étudiés : le cancer, la tuberculose et le diabète.

Général

La figure 6.1 compare les cinq principales causes d'hospitalisation des personnes âgées des TNO aux taux des personnes âgées au national.[52] Les taux pour les TNO sont les taux moyens annuels entre 1997-1998 à 1999-2000, alors que le taux canadien est pour 1999-2000. La moyenne de trois ans des TNO est utilisée pour atténuer les variances d'année en année qui se produisent quand on mesure de petites populations.

Les maladies du système circulatoire représentent la principale cause d'hospitalisation des personnes âgées des TNO (102 hospitalisations pour 1000 par rapport à 77 pour 1000 au national). Les maladies respiratoires viennent en second, avec 92 hospitalisations pour 1000, près de trois fois la moyenne nationale qui est de 33 pour 1000. C'est important de noter qu'au sein de la population de personnes âgées, les deux principales causes d'hospitalisation sont également les deux principales causes de décès (voir chapitre 7).[53]

Les maladies du système digestif comptent également parmi les principales causes de l'hospitalisation des personnes âgées des TNO, avec 56 hospitalisations pour 1000, par rapport à 30 au national. Les blessures et empoisonnements étaient plus du double du taux national, soit 49 par rapport à 22 pour 1000. Enfin, les néoplasmes (croissances cancéreuses et non cancéreuses) étaient plus élevés aux TNO, avec 37 pour 1000, par rapport à 28 pour 1000 à l'échelle nationale.

Chez les personnes âgées des TNO, les cinq conditions qui apparaissent à la figure 6.1 représentent 69 % des hospitalisations où une condition était connue. Ce sont également là les cinq principales causes d'hospitalisation pour chaque sexe, même si l'ordre diffère.

51 Voir l'Annexe 2 pour des détails sur les limitations de l'hospitalisation comme mesure comparative.
52 65 ans et plus
53 C'est important de réaliser que l'hospitalisation ne correspond pas à une seule personne, car une personne peut être hospitalisée plus d'une fois par année.

Les femmes âgées des TNO risquent davantage d'être hospitalisées pour les cinq conditions exposées (figure 6.2). Le taux d'hospitalisation des femmes âgées attribuable aux maladies respiratoires était de 84 pour 1000, par rapport à 28 pour 1000 au national.

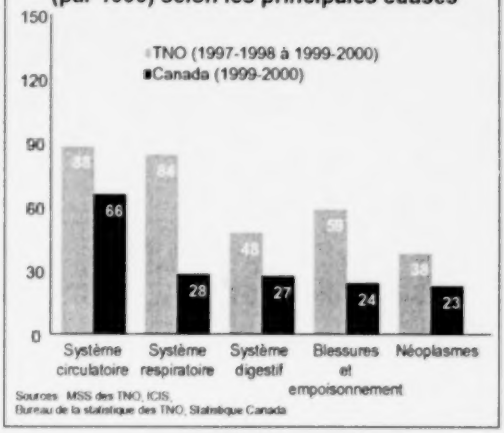
Si on excepte les néoplasmes, le taux d'hospitalisation des hommes âgés des TNO était plus élevé que le taux national (le taux de néoplasmes était statistiquement le même. Voir la figure 6.3). Le taux d'hospitalisation pour les hommes âgées des TNO pour les maladies respiratoires était beaucoup plus élevé que le taux national.

Maladies du système circulatoire

Chez les personnes âgées, les principales causes d'hospitalisations sont attribuables aux maladies du système circulatoire, comprenant les maladies cardiaques et les accidents cardiovasculaires (la cardiopathie ischémique, les insuffisances cardiaques, et l'arythmie cardiaque). Ensemble, ces maladies comptent pour les deux tiers de toutes les hospitalisations attribuables aux maladies du système circulatoire (figure 6.4).

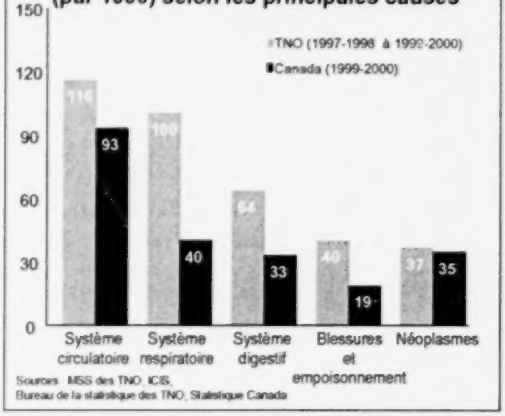
Les maladies du système circulatoire augmentent avec l'âge et comme la population des TNO vieillit, ces maladies deviendront de plus en plus courantes. Présentement, les maladies du système circulatoire constituent environ le septième pour ce qui est de la demande de ressources de soins de santé. En 2020, les dépenses pour les ressources de soins de santé pour les maladies du système circulatoire risquent de grimper au deuxième rang pour tous les âges.[54]

Figure 6.2
Taux d'hospitalisation chez les femmes âgées (par 1000) selon les principales causes



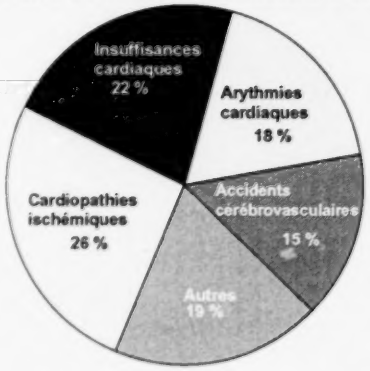
Sources : MSS des TNO, ICIS, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada

Figure 6.3
Taux d'hospitalisation chez les hommes âgés (par 1000) selon les principales causes



Sources : MSS des TNO, ICIS, Bureau de la statistique des TNO, Statistique Canada

Figure 6.4
Hospitalisations pour les maladies du système circulatoire, 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

54 Voir le *Rapport sur les services de santé des TNO du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO*, p. 48, 2000.

Les femmes âgées des TNO risquent davantage d'être hospitalisées pour les cinq conditions exposées (figure 6.2). Le taux d'hospitalisation des femmes âgées attribuable aux maladies respiratoires était de 84 pour 1000, par rapport à 28 pour 1000 au national.

Si on excepte les néoplasmes, le taux d'hospitalisation des hommes âgés des TNO était plus élevé que le taux national (le taux de néoplasmes était statistiquement le même. Voir la figure 6.3). Le taux d'hospitalisation pour les hommes âgées des TNO pour les maladies respiratoires était beaucoup plus élevé que le taux national.

Maladies du système circulatoire

Chez les personnes âgées, les principales causes d'hospitalisations sont attribuables aux maladies du système circulatoire, comprenant les maladies cardiaques et les accidents cardiovasculaires (la cardiopathie ischémique, les insuffisances cardiaques, et l'arythmie cardiaque). Ensemble, ces maladies comptent pour les deux tiers de toutes les hospitalisations attribuables aux maladies du système circulatoire (figure 6.4).

Les maladies du système circulatoire augmentent avec l'âge et comme la population des TNO vieillit, ces maladies deviendront de plus en plus courantes. Présentement, les maladies du système circulatoire constituent environ le septième pour ce qui est de la demande de ressources de soins de santé. En 2020, les dépenses pour les ressources de soins de santé pour les maladies du système circulatoire risquent de grimper au deuxième rang pour tous les âges.[54]

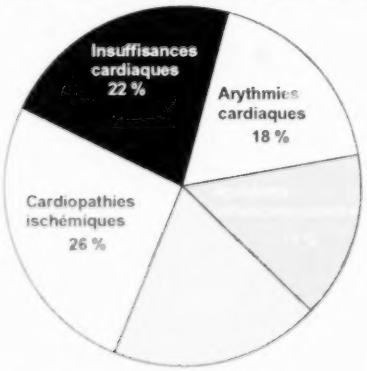
Figure 6.2
Taux d'hospitalisation chez les femmes âgées (par 1000) selon les principales causes

Sources : MSS des TNO; ICIS.
Bureau de la statistique des TNO; Statistique Canada

Figure 6.3
Taux d'hospitalisation chez les hommes âgés (par 1000) selon les principales causes

Sources : MSS des TNO; ICIS.
Bureau de la statistique des TNO; Statistique Canada

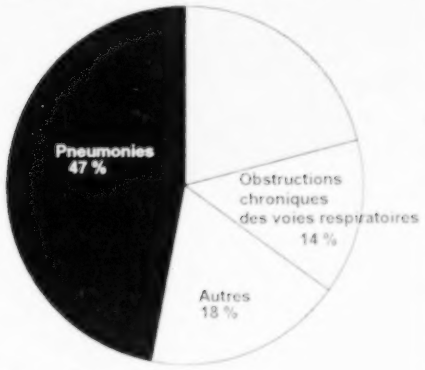
Figure 6.4
Hospitalisations pour les maladies du système circulatoire, 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

54 Voir le *Rapport sur les services de santé des TNO du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO*, p. 48, 2000.

Figure 6.5
Hospitalisations attribuables aux maladies respiratoires, 1997-1998 à 1999-2000

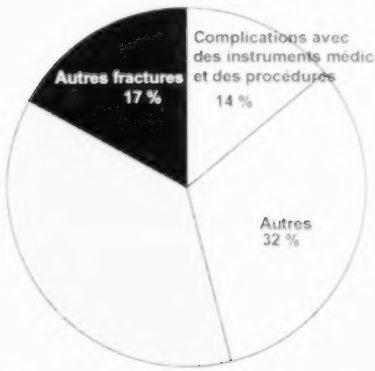


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.6
Hospitalisations attribuables aux maladies du système digestif, 1997-1998 à 1999-2000

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.7
Hospitalisations attribuables aux blessures 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Maladies respiratoires

Les principales raisons pour l'hospitalisation attribuable aux maladies respiratoires étaient la pneumonie et la bronchite chronique. Comme on le voit à la figure 6.5, différentes sortes de pneumonie sont responsables de près de la moitié de toutes les hospitalisations en raison de maladies respiratoires. La bronchite (principalement chronique) est responsable d'un autre 21 % des hospitalisations, suivi par l'obstruction chronique des voies respiratoires, à 14 %.

Maladies du système digestif

Les maladies du système digestif comprennent des conditions concernant la bouche (les dents, la langue et la mâchoire), l'estomac (l'œsophage, l'estomac et le duodénum), d'autres organes relatifs à la digestion (la vésicule biliaire, les reins et le foie) et aux intestins (le petit intestin, le gros intestin, le colon et l'anus).

Comme on le voit à la figure 6.6, la plupart des hospitalisations de personnes âgées des TNO étaient attribuables à des conditions intestinales, incluant les saignements gastro-intestinaux, la maladie de Crohn, l'entérite non infectieuse, la colite et l'obstruction intestinale. Les calculs biliaires suivaient, avec près de 10 %, suivis par les gastrites, à 9 %, les hernies (abdominales), à 8 % et différents ulcères, à 7 %.

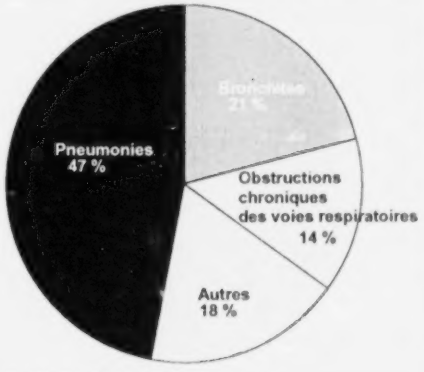
Blessures et empoisonnements

Un rapport détaillé sur les blessures aux TNO doit être publié en 2003. Le rapport sur les blessures étudiera où et comment les blessures se produisent. Présentement, les données permettent seulement une analyse des conséquences physiques d'une blessure (p. ex. une hanche cassée ou une fracture du crâne).

Comme on le voit à la figure 6.7, les fractures ont été la cause de 54 % des hospitalisations de personnes âgées en raison de blessures.[35] La plupart de ces fractures touchaient les membres inférieurs (jambe, hanche, pied, etc.). Les complications de procédures et de problèmes médicaux associés aux implants d'instruments médicaux, aux prothèses, aux greffes et transplantations de tissus étaient responsables de 14 % des hospitalisations relatives aux blessures. Le tiers des hospitalisations qui restent comprend un grand nombre de blessures à différentes parties du corps.

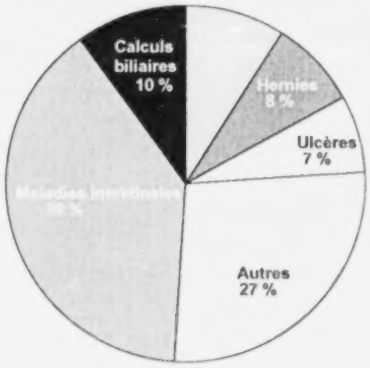
[35] Moins de 1 % de toutes les hospitalisations relevant de cette catégorie étaient reliées à un empoisonnement.

Figure 6.5
Hospitalisations attribuables aux maladies respiratoires, 1997-1998 à 1999-2000



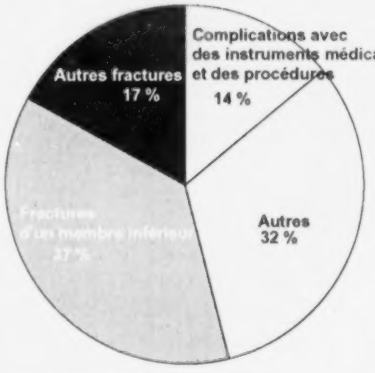
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.6
Hospitalisations attribuables aux maladies du système digestif, 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.7
Hospitalisations attribuables aux blessures 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Maladies respiratoires

Les principales raisons pour l'hospitalisation attribuable aux maladies respiratoires étaient la pneumonie et la bronchite chronique. Comme on le voit à la figure 6.5, différentes sortes de pneumonie sont responsables de près de la moitié de toutes les hospitalisations en raison de maladies respiratoires. La bronchite (principalement chronique) est responsable d'un autre 21 % des hospitalisations, suivi par l'obstruction chronique des voies respiratoires, à 14 %.

Maladies du système digestif

Les maladies du système digestif comprennent des conditions concernant la bouche (les dents, la langue et la mâchoire), l'estomac (l'œsophage, l'estomac et le duodénum), d'autres organes relatifs à la digestion (la vésicule biliaire, les reins et le foie) et aux intestins (le petit intestin, le gros intestin, le colon et l'anus).

Comme on le voit à la figure 6.6, la plupart des hospitalisations de personnes âgées des TNO étaient attribuables à des conditions intestinales, incluant les saignements gastro-intestinaux, la maladie de Crohn, l'entérite non infectieuse, la colite et l'obstruction intestinale. Les calculs biliaires suivaient, avec près de 10 %, suivis par les gastrites, à 9 %, les hernies (abdominales), à 8 % et différents ulcères, à 7 %.

Blessures et empoisonnements

Un rapport détaillé sur les blessures aux TNO doit être publié en 2003. Le rapport sur les blessures étudiera où et comment les blessures se produisent. Présentement, les données permettent seulement une analyse des conséquences physiques d'une blessure (p. ex. une hanche cassée ou une fracture du crâne).

Comme on le voit à la figure 6.7, les fractures ont été la cause de 54 % des hospitalisations de personnes âgées en raison de blessures.[55] La plupart de ces fractures touchaient les membres inférieurs (jambe, hanche, pied, etc.). Les complications de procédures et de problèmes médicaux associés aux implants d'instruments médicaux, aux prothèses, aux greffes et transplantations de tissus étaient responsables de 14 % des hospitalisations relatives aux blessures. Le tiers des hospitalisations qui restent comprend un grand nombre de blessures à différentes parties du corps.

55 Moins de 1 % de toutes les hospitalisations relevant de cette catégorie étaient reliées à un empoisonnement.

Cancers

Les données provenant du fichier territorial du cancer a été utilisé pour examiner l'incidence du cancer sur la population de personnes âgées.[56] Il est important de réaliser qu'il n'y a eu que 245 cas de cancer entre 1992 et 2000 aux TNO chez les personnes de 65 ans et plus. Même si cela constitue le tiers des cancers pour tous les âges, il faut faire attention quand on tire des conclusions à partir des données et des discussions suivantes.

La figure 6.8 illustre, par groupes d'âge, l'incidence du cancer pour les TNO et le Canada. Des moyennes sur neuf ans sont utilisées pour faire le profil des TNO car le nombre réel de cas est très petit chaque année et tend à fluctuer. Comme on le voit à la figure 6.8, l'incidence du cancer augmente beaucoup avec l'âge, tant aux TNO qu'au Canada. La différence entre les taux des TNO et du Canada est statistiquement négligeable.

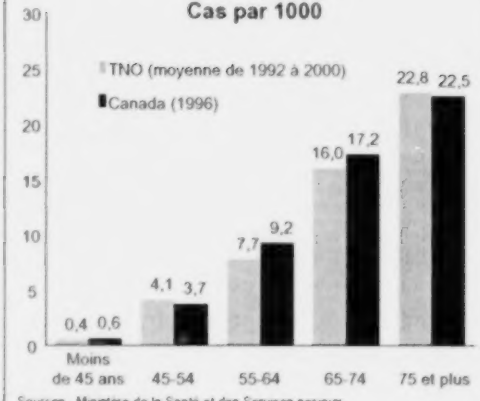
La figure 6.9 illustre l'incidence des trois principaux genres de cancer chez les femmes âgées tant aux TNO qu'au Canada. Le cancer colorectal, du poumon et du sein sont les trois principaux cancers aux TNO présentés en ordre décroissant d'importance. Au Canada, les trois principaux genres de cancer sont les mêmes mais se présentent un ordre inverse, avec le cancer du sein en premier, suivi par le cancer du poumon et le cancer colorectal. Quand les taux pour chaque genre de cancer sont examinés, les femmes âgées ont des taux vraiment plus élevés de cancer colorectal et du poumon par rapport aux taux au national. La différence des taux pour le cancer du sein entre les TNO et le Canada n'est pas statistiquement importante.

Au total, ces trois genres de cancer comptent pour environ 64 % de tous les cancers chez les femmes des TNO de 65 ans et plus, par rapport à 50 % au national.

La figure 6.10 illustre l'incidence des trois principaux genres de cancer chez les personnes âgées aux TNO et au Canada. Aux TNO, le cancer colorectal, suivi par le cancer du poumon et le cancer de la prostate comptent pour environ 67 % de tous les cas de cancer qui affectent les hommes âgés. Au Canada, l'ordre est inversé, et les trois principaux cancers comptent pour environ 64 % de tous les cancers chez les hommes âgés.

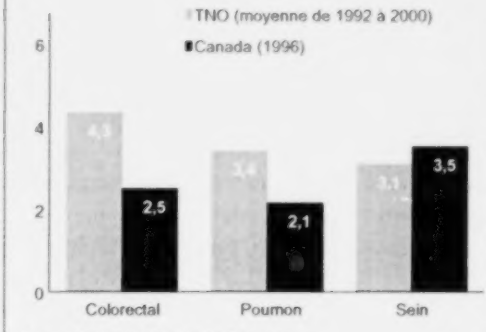
Les TNO ont le taux le plus élevé de cancers colorectaux (5,1 cas par 1000), par rapport au taux national de 3,5 cas par 1000 hommes âgés. En ce qui concerne le cancer du poumon chez les hommes âgés, il n'y avait pas de différence importante entre les TNO et le Canada.

Figure 6.8
Cancer, par âge
Cas par 1000



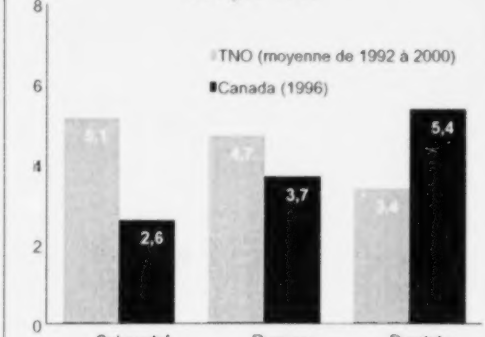
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

Figure 6.9
Trois principaux cancers - Femmes âgées
Cas par 1000



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

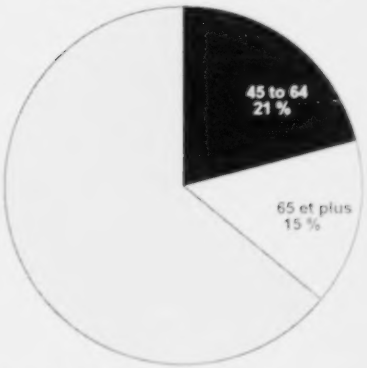
Figure 6.10
Trois principaux cancers - Hommes âgées
Cas par 1000



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

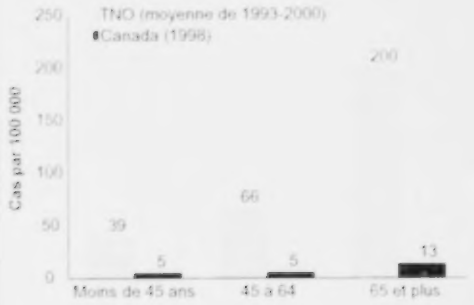
56 Un rapport sur le cancer devrait être publié en 2003.

Figure 6.11
Tuberculose par âge
Cas cumulatifs - 1993-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.12
Taux d'incidence de la tuberculose par âge
Cas par 100 000



Sources : Ministère de la santé et des Services sociaux
Bureau de la statistique des TNO et Santé Canada

Le taux de cancers de la prostate est vraiment plus bas aux TNO, à 3,4 par 1000, par rapport à 7,3 cas par 1000 au national.[57]

L'incidence de certains cancers est influencée par un certain nombre de facteurs : antécédents génétiques, style de vie et environnement. Une mauvaise alimentation (p. ex. manquant de légumes verts, faible en fibres, élevée en aliments frits et gras) est un facteur qui augmente le risque de cancer colorectal. Le tabagisme et l'exposition prolongée à la fumée secondaire constituent l'une des principales causes du cancer du poumon.

Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse que l'on retrouve dans tous les groupes d'âge, mais en proportion beaucoup plus élevée chez les personnes âgées. Pendant leur vie, les gens peuvent être exposés à la tuberculose. L'exposition à cette maladie peut entraîner une infection active ou, comme c'est souvent le cas, une infection latente. De nos jours, plusieurs personnes âgées ont été infectées par le bacille de Koch quand elles étaient de jeunes adultes, mais n'ont pas été malades ou n'ont pas eu le traitement complet (selon nos normes actuelles). Ils ont ce qu'on appelle la tuberculose à l'état latent. « *Le nombre de personnes âgées des TNO non traitées pour la tuberculose à l'état latent peut atteindre jusqu'à 40 % dans certaines communautés.* »[58]

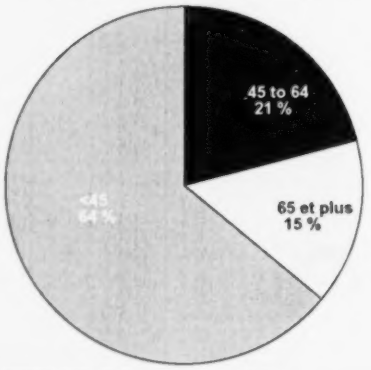
Les personnes âgées ont été exposées à la tuberculose pendant un grand nombre d'années et leur système immunitaire est plus faible que celui des jeunes. « *Le processus normal du vieillissement cause une détérioration du système immunitaire, ce qui les place à plus haut risque de développer la tuberculose active causée par une nouvelle infection ou par une infection latente.* »[59]

Entre 1993 et 2000, il y a eu un total de 163 cas de tuberculose active aux TNO. De ces 163 cas, 24 étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente 15 % du nombre total de cas de tuberculose, ou environ quatre fois le taux pour la population totale. (Figure 6.11).

Comme on le voit à la figure 6.12, le taux moyen pour les personnes âgées des TNO (calculé en utilisant les taux annuels sur sept ans) est de plus de quinze fois le taux national rapporté en 1998. C'est important de garder à l'esprit que le nombre actuel de cas aux TNO est relativement bas, avec une moyenne de trois par année. Néanmoins, le taux des TNO est vraiment plus élevé que celui du Canada.

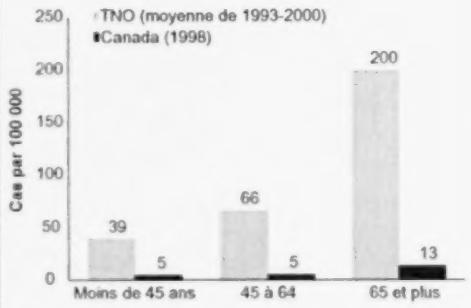
57 Le taux par strates d'âges du cancer colorectal pour toute la population mâle des TNO est vraiment plus élevé qu'il ne l'est au Canada pour les mêmes périodes de temps. Le taux par strates d'âges du cancer de la prostate est vraiment moins élevé aux TNO par rapport à l'échelle nationale, pour tous les hommes combinés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Cancer Statistics, NWT 1992-2000* (mai 2002, non publié).
58 Cheryl Case, *TB - Focus on Seniors*, in *Epi North*, printemps 2001, Vol. 13, n. 2, p. 10.
59 Même, p. 10.

Figure 6.11
Tuberculose par âge
Cas cumulatifs - 1993-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 6.12
Taux d'incidence de la tuberculose par âge
Cas par 100 000



Sources : Ministère de la santé et des Services sociaux,
Bureau de la statistique des TNO et Santé Canada

Le taux de cancers de la prostate est vraiment plus bas aux TNO, à 3,4 par 1000, par rapport à 7,3 cas par 1000 au national.[57]

L'incidence de certains cancers est influencée par un certain nombre de facteurs : antécédents génétiques, style de vie et environnement. Une mauvaise alimentation (p. ex. manquant de légumes verts, faible en fibres, élevée en aliments frits et gras) est un facteur qui augmente le risque de cancer colorectal. Le tabagisme et l'exposition prolongée à la fumée secondaire constituent l'une des principales causes du cancer du poumon.

Tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse que l'on retrouve dans tous les groupes d'âge, mais en proportion beaucoup plus élevée chez les personnes âgées. Pendant leur vie, les gens peuvent être exposés à la tuberculose. L'exposition à cette maladie peut entraîner une infection active ou, comme c'est souvent le cas, une infection latente. De nos jours, plusieurs personnes âgées ont été infectées par le bacille de Koch quand elles étaient de jeunes adultes, mais n'ont pas été malades ou n'ont pas eu le traitement complet (selon nos normes actuelles). Ils ont ce qu'on appelle la tuberculose à l'état latent. *« Le nombre de personnes âgées des TNO non traitées pour la tuberculose à l'état latent peut atteindre jusqu'à 40 % dans certaines communautés. »*[58]

Les personnes âgées ont été exposées à la tuberculose pendant un grand nombre d'années et leur système immunitaire est plus faible que celui des jeunes. *« Le processus normal du vieillissement cause une détérioration du système immunitaire, ce qui les place à plus haut risque de développer la tuberculose active causée par une nouvelle infection ou par une infection latente. »*[59]

Entre 1993 et 2000, il y a eu un total de 163 cas de tuberculose active aux TNO. De ces 163 cas, 24 étaient des personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représente 15 % du nombre total de cas de tuberculose, ou environ quatre fois le taux pour la population totale. (Figure 6.11).

Comme on le voit à la figure 6.12, le taux moyen pour les personnes âgées des TNO (calculé en utilisant les taux annuels sur sept ans) est de plus de quinze fois le taux national rapporté en 1998. C'est important de garder à l'esprit que le nombre actuel de cas aux TNO est relativement bas, avec une moyenne de trois par année. Néanmoins, le taux des TNO est vraiment plus élevé que celui du Canada.

57 Le taux par strates d'âges du cancer colorectal pour toute la population mâle des TNO est vraiment plus élevé qu'il ne l'est au Canada pour les mêmes périodes de temps. Le taux par strates d'âges du cancer de la prostate est vraiment moins élevé aux TNO par rapport à l'échelle nationale, pour tous les hommes combinés. Le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Cancer Statistics: NWT 1992-2000* (mai 2002, non publié).
58 Cheryl Case, *TB - Focus on Seniors* in *Epi North*, printemps 2001, Vol. 13, n. 2, p. 10.
59 Même, p. 10.

Diabète

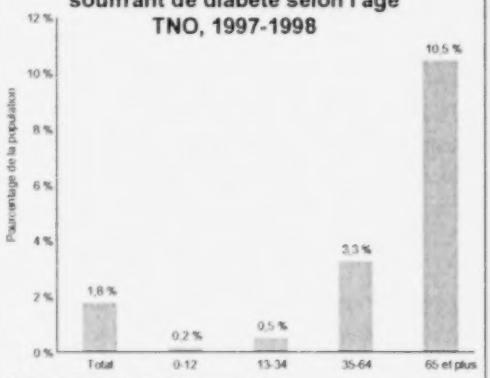
Il y a trois genres de diabète : de type 1, de type 2 et gestationnel. Le type 1 se manifeste en général avant l'âge de 30 ans et affecte environ 10 % de tous les diabétiques. Le type 2 débute en général après l'âge de 40 ans, bien qu'il soit en augmentation à des âges plus précoces, et compte pour environ 90 % de tous les types de diabètes. Le diabète gestationnel se manifeste pendant la grossesse et prend fin après l'accouchement. Cependant, de 40 à 50 % des femmes qui ont le diabète gestationnel risquent de développer le diabète de type 2 dans les quinze années qui suivent l'accouchement.[60]

Le diabète de type 2 constitue la plus grande crainte pour la population des TNO. En général, les diabétiques de type 2 sont trop gros ou obèses ou ont un style de vie sédentaire ou sont inactifs. Les antécédents familiaux de diabète augmente le risque d'avoir le diabète. Les populations autochtones du Sud du Canada et des États-Unis ont des taux d'incidence plus élevés de diabète que la population générale. Cette tendance risque de se produire aux TNO si les gens ne font pas des choix de vie et d'alimentation saines.[61]

Les TNO participent à un projet d'élaboration d'un registre national sur le diabète.[62] Présentement, les données requises pour déterminer le taux de diabète aux TNO sont incomplètes. Une étude sur le diabète aux TNO effectuée en 1997-1998 permet une image instantanée de la portée du problème chez les personnes âgées.

La figure 6.13 illustre le pourcentage de la population des TNO avec le diabète en 1997-1998.[63] Ces chiffres sont des estimations basées seulement sur des données d'un an, et on été retravaillées avec des changements subséquents aux estimations de la population. Le registre national sur le diabète (une fois terminé) fournira des taux de diabète aux TNO pouvant être comparés à ceux des provinces et territoires. Même avec des données, il peut y avoir un cas non diagnostiqué pour chaque deux cas diagnostiqués.[64] On s'attend à ce que les taux tirés du registre démontrent une incidence plus élevée que celle illustrée au tableau 6.13.

Figure 6.13
Estimation de la population souffrant de diabète selon l'âge
TNO, 1997-1998



Sources : Ministère de la santé et des Services sociaux, Bureau de la statistique des TNO et Santé Canada

60 Voir Elsie DeRoose, et al, *Gestional Diabetes Mellitus* in *Epi North*, automne 2001, Vol. 13, n° 4, p. 12.
61 Joyce Bourne, *Diabetes Surveillance in the NWT* in *Epi North*, automne 2001, Vol. 13, n° 4, p. 8.
62 Le registre national sur le diabète est l'un des buts du Système national de surveillance du diabète, une partie de la Stratégie canadienne sur le diabète.
63 Les données proviennent de Daojun Mo, et al, *Profile of Prevalent Diabetes Mellitus in Fiscal Year 1997-1998 in the NWT and Nunavut* in *Epi North*, automne 1999, Vol. 11, n: 3, p 2.
64 Idem, p. 3.

Une analyse par origine ethnique a été faite pour l'ensemble de la population des TNO, en utilisant les données de 1997-1998. D'après les données de 1997-1998, les Inuits (0,9 %) et les Dénés (1,5 %) avaient, toutes proportions gardées, beaucoup moins de cas de diabète par rapport à la population non autochtone (2,2 %).[65] Étant donné que le diabète peut prendre de nombreuses années avant de se développer, le lieu de résidence peut être un facteur dans la probabilité de devenir diabétique.

La population autochtone concentrée à l'extérieur de Yellowknife et des centres régionaux risque davantage d'avoir un régime et un style de vie sains et traditionnels par rapport à la population non autochtone concentrée à Yellowknife et dans les centres régionaux. Les gens vivant une grande partie de leur vie dans les communautés plus grosses ont, historiquement, un plus grand accès à un régime alimentaire caractérisé par des aliments hautement transformés et emballés et par la bouffe minute. Ils ont également tendance à avoir une vie moins active, moins caractérisée par le style de vie traditionnel.

Avec la population qui vieillit, on peut s'attendre à ce que dans l'ensemble, les taux de diabète augmentent aux TNO au cours des 10 à 20 prochaines années. On s'attend à ce qu'une grande partie de cette augmentation se manifeste chez les Autochtones. Les personnes âgées autochtones de demain risquent d'être bien différentes de celles d'aujourd'hui. Les régimes alimentaires riches en aliments traditionnels risquent de devenir de moins en moins courants chez les personnes âgées de demain, car l'utilisation d'aliments occidentaux est de plus en plus courante aux TNO. Les habitudes alimentaires, comme toutes habitudes, deviennent de plus en plus difficiles à changer avec l'âge. De nos jours, les gens de partout aux TNO ont plus facilement accès aux aliments transformés achetés à l'épicerie et à la bouffe minute (transportés par avion). Cette facilité d'accès à la bouffe minute est un phénomène relativement récent.

65 Idem, p.3.

Chapitre 7

Espérance de vie et mortalité

Espérance de vie

L'espérance de vie à l'âge de 65 ans est une mesure brute de la santé de la population de personnes âgées. C'est principalement basé sur les statistiques sur les décès et ne tient pas compte de certains facteurs comme la qualité de vie.

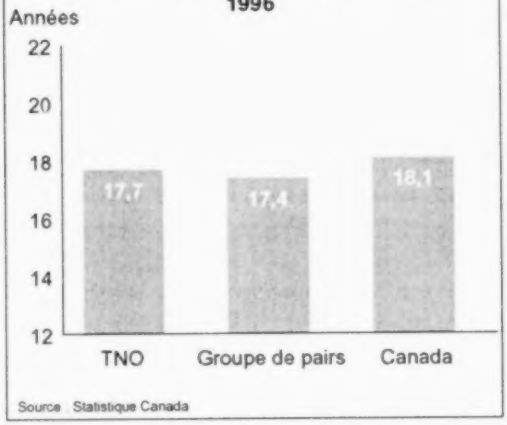
Statistique Canada calcule l'espérance de vie à 65 ans pour le Canada, les provinces, les territoires et les régions sanitaires[66] En 1996, un résident des TNO qui atteignait l'âge de 65 ans pouvait s'attendre à vivre environ 17,7 années de plus, par rapport à une moyenne de 17,4 années pour le groupe de pairs, et à 18,1 années pour la moyenne nationale. (Voir la figure 7.1). Ces différences d'espérance de vie à l'âge de 65 ans ne sont pas statistiquement importantes.

La figure 7.2 illustre l'espérance de vie à 65 ans, selon le sexe. Même s'il semble y avoir des différences entre les TNO, le groupe de pairs et les données nationales, ces différences ne sont pas statistiquement importantes. De plus, aux TNO, il n'y a pas de différence statistiquement importante entre les hommes et les femmes. Il y a des différences statistiquement importantes entre les hommes et les femmes du groupe de pairs et au national.

L'espérance de vie a augmenté à l'échelle nationale,[67] et semble augmenter aux TNO également. La figure 7.3 illustre l'espérance de vie des personnes âgées des TNO sur une certaine période de temps. Comme les chiffres sur l'espérance de vie sont basés sur de petits nombres pour une année donnée, des moyennes sur trois ans ont été utilisées pour atténuer les variances d'une année à l'autre.[68]

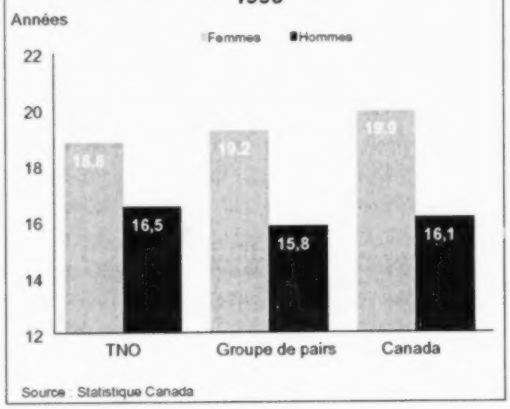
Comme on le voit à la figure 7.3, un résident des TNO pouvait s'attendre de vivre une moyenne de 16,5 années en 1991-1993. Entre 1997 et 1999, les personnes âgées des TNO pouvaient s'attendre à vivre 17,1 années.

Figure 7.1
Espérance de vie à l'âge de 65 ans
1996



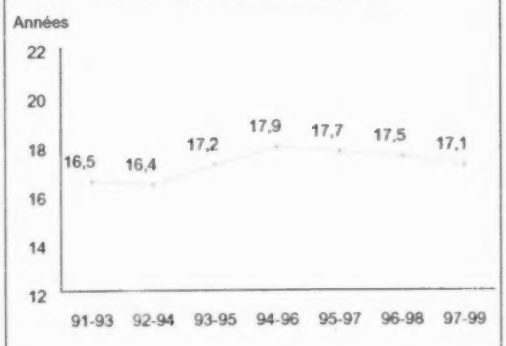
Source : Statistique Canada

Figure 7.2
Espérance de vie à l'âge de 65 ans, par sexe
1996



Source : Statistique Canada

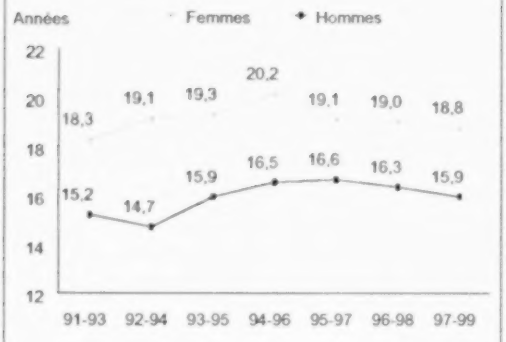
Figure 7.3
Espérance de vie à l'âge de 65 ans
TNO, moyennes sur trois ans



Source : Statistique Canada

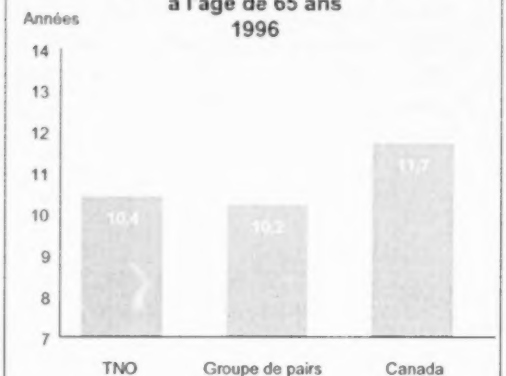
66 Statistique Canada utilise des dossiers de décès de trois ans (1995 à 1997) et prend des estimations de la population pour l'année du milieu (1996).
67 Au national, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans est passé de 13,3 en 1931 à 18,4 en 1996. Statistique Canada et Santé Canada, *Personnes âgées du Canada* (1999), n: 37.
68 L'espérance de vie dans les figures 7.3 et 7.4 est calculée sur une base annuelle, puis convertie en moyennes sur trois ans.

Figure 7.4
Espérance de vie à l'âge de 65 ans
TNO, moyennes sur trois ans



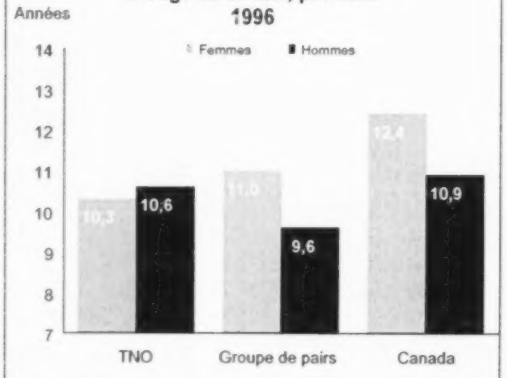
Source : Statistique Canada

Figure 7.5
Espérance de vie sans incapacité
à l'âge de 65 ans
1996



Source : Statistique Canada

Figure 7.6
Espérance de vie sans incapacité
à l'âge de 65 ans, par sexe
1996



Source : Statistique Canada

La figure 7.4 illustre l'espérance de vie en se basant sur des moyennes de trois ans pour les femmes et les hommes âgés des TNO. Au cours de la période de 1991 à 1993, la moyenne d'espérance de vie à l'âge de 65 ans était de 18.3 ans pour les femmes par rapport à 15,2 pour les hommes. Pour la période de 1997 à 1999, la moyenne d'espérance de vie avait augmenté, passant à 18,8 ans pour les femmes et à 15,9 pour les hommes.

L'espérance de vie seule n'est pas synonyme de qualité de vie. Une mesure qui prend en considération la qualité de vie est l'espérance de vie sans incapacité. Statistique Canada a calculé l'espérance de vie dans incapacité à l'âge de 65 ans pour le Canada, les provinces, les territoires et des groupes de pairs. L'espérance de vie sans incapacité est basé non seulement sur les statistiques de décès, mais également sur l'information à propos des limitations aux activités recueillie lors du recensement de 1996.

En 1996, un résident des TNO de 65 ans pouvait s'attendre à vivre environ 10.4 ans sans limites à ses activités, par rapport au groupe de pairs qui se chiffrait à 10,2, ans et à la moyenne nationale qui était de 11,7 années (figure 7.5). La différence entre les TNO et le groupe de pairs n'est pas statistiquement importante, mais la différence entre les TNO et Canada est importante.

La figure 7,6 fournit l'espérance de vie sans incapacité par sexe. La différence apparente de l'espérance de vie sans incapacité entre les femmes et les hommes âgés des TNO et le groupe de pairs n'est pas importante. Par contre, la différence entre les femmes âgées des TNO et celles du Canada est importante. Pour les hommes, il n'y a pas de différence statistiquement importante entre les TNO et le groupe de pairs, ni entre les TNO et le Canada. Enfin, il n'existe pas de différence statistiquement importante dans l'espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans entre les hommes et les femmes des TNO.

Décès par cause

Il y a eu un peu plus de 600 décès de résidents de 65 ans et plus des TNO entre 1990 et 1998. Trois principales causes générales sont responsables de la plupart (74 %) de ces décès : les maladies du système circulatoire, les maladies respiratoires et le cancer. Ces trois causes générales sont responsables de 79 % des décès des personnes âgées au Canada (1996).[69]

Les tableaux ci-contre illustrent le taux de décès par groupes d'âge pour chacune des trois principales causes de décès aux TNO et au Canada. Il existe peu de différences statistiquement importantes entre les TNO et le Canada pour ces taux de décès.

La figure 7.7 illustre le taux par 1000 personnes pour les décès attribuables aux maladies du système circulatoire. Les taux de décès attribuables aux maladies du système circulatoire pour les groupes d'âge de 65 à 74 ans et pour celui de 75 à 84 ans sont environ les mêmes entre les TNO et le Canada. Par contre, il existe une différence statistiquement importante entre les TNO et le Canada pour les personnes âgées plus vieilles, de 85 ans et plus (57 par 1000 par rapport à 73 par 1000).

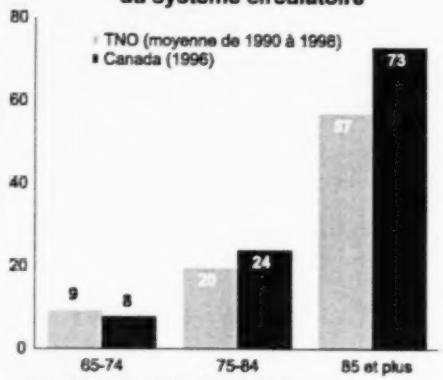
La figure 7.8 illustre le taux par 1000 décès attribuables au cancer. Les taux attribuables au cancer dans les trois groupes d'âge sont environ les mêmes entre les TNO et le Canada.

La figure 7.9 illustre le taux par 1000 décès attribuables aux maladies respiratoires. Les différences dans les taux de décès attribuables aux maladies respiratoires sont vraiment plus élevés aux TNO qu'au Canada pour les groupes d'âge entre 65 et 74 ans et les 85 ans et plus, mais ne sont pas vraiment importants pour le groupe d'âge de 75 à 84 ans.

Étant donné le petit nombre de décès de personnes âgées chaque année aux TNO, c'est difficile de fournir davantage de détails sur les autres causes de décès autres que celles présentées. Cependant, les taux élevés de décès aux TNO dans certaines catégories d'âge en raison des maladies respiratoires peuvent être en partie attribuables aux taux élevés de tabagisme aux TNO (voir chapitre 4).

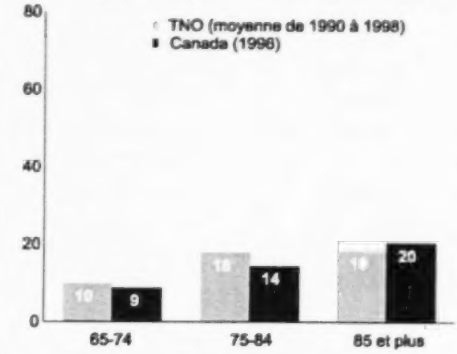
À mesure que les gens vieillissent, ils deviennent plus susceptibles aux maladies comme les maladies cardiaques, les accidents cérébrovasculaires, le cancer et la pneumonie. En général, plus on vieillit, plus ça prend du temps à guérir d'une maladie ou d'une blessure. De plus, bon nombre de personnes âgées souffrent de maladies chroniques. Ce n'est pas surprenant que les personnes âgées utilisent beaucoup plus des services de santé que la population dans son ensemble.

Figure 7.7
Décès par 1000 attribuables aux maladies du système circulatoire



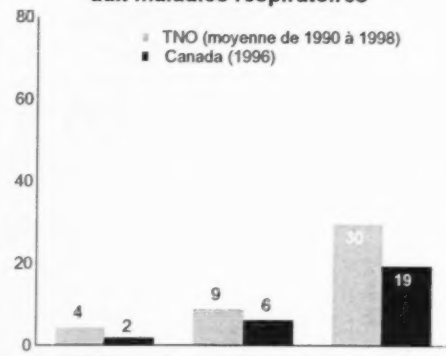
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

Figure 7.8
Décès par 1000 attribuables au cancer



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

Figure 7.9
Décès par 1000 attribuables aux maladies respiratoires

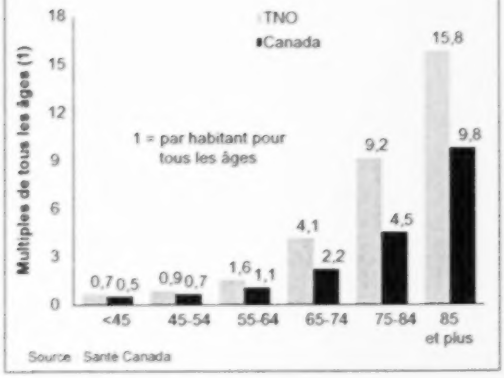


Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

69 Les maladies du système circulatoire, le cancer et les maladies respiratoires étaient les trois principales causes de décès pour les deux sexes aux TNO et au Canada. Dans tous les cas, ils comptaient pour plus de 70 % des décès.

Tableau

Dépenses pour la santé du secteur public par habitant, par âge, 2000-2001



Source : Santé Canada

L'Institut canadien des actuaires dit « ... qu'entre 30 et 50 % des dépenses totales de soins de santé de toute une vie s'effectuent au cours des six derniers mois de la vie. »[70] L'utilisation par habitant, tant aux TNO qu'au Canada, est plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus. Par contre, cette différence dans l'utilisation est amplifiée aux TNO, par rapport à la moyenne canadienne (voir le tableau). Par exemple, les résidents des TNO âgés de 65 à 74 ans nécessitent 4.1 fois la quantité de services de santé sur une base personnelle que la moyenne de tous les âges combinés. À l'échelle nationale, cette moyenne est 2,2 fois plus pour les personnes de 65 à 74 ans par rapport à l'ensemble de la population. Le pourcentage des dépenses de santé publique des résidents des TNO de 75 à 84 ans était 9,2 fois la moyenne pour tous les âges, par rapport à 4,5 fois au national. Pour les personnes de 85 ans et plus, le pourcentage des TNO était 16 fois la moyenne pour tous les âges, par rapport à 10 fois au national.

Les trois prochains chapitres font le profil de l'utilisation des services de santé par les personnes âgées en ce qui concerne :

- l'hospitalisation et l'utilisation de services médicaux, deux des plus grands facteurs des coûts de services de santé;
- l'usage de médicaments par les personnes âgées non autochtones et métisses;
- l'utilisation de soins à domicile et de soins de longue durée, deux programmes principalement axés sur la population de personnes âgées.

Chapitre 8

Utilisation des services de santé

Ce chapitre examine l'utilisation des services hospitaliers et médicaux. Ces services de santé comptent pour les deux principales tranches de la tarte budgétaire pour la santé, soit environ 33 % en 2001-2002.[71] Ce chapitre se base sur l'information présentée dans le *Rapport de 2000 sur les services de santé aux TNO*. Ce rapport trace le portrait de l'utilisation des services de santé en fonction de l'âge, mais regroupe toutes les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans ce chapitre, nous examinons l'utilisation des services hospitaliers et médicaux de façon plus détaillée au sein de la population des personnes âgées.

70 Institut canadien des actuaires, *Health Care in Canada: The Impact of Population Aging*, le 21 mars 2001, p. 4.
71 GTNO, *Budget principal des dépenses*, 2002-2003.

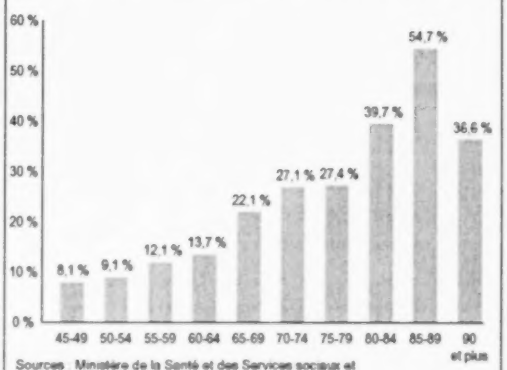
Hospitalisation

La chance qu'une personne soit hospitalisée est directement reliée à son âge, entre autres facteurs. Plus une personne est âgée, plus elle risque d'avoir à passer du temps dans un lit d'hôpital. La figure 8.1 présente le pourcentage de la population hospitalisée au moins une fois par année, par groupes d'âge, sur des périodes de 5 ans, en commençant avec l'âge de 45 ans.

Le taux d'hospitalisation mesure le nombre de séparations (ou de séjours) à l'hôpital par tranches de 100 000 de la population. Comme on le voit à la figure 8.2, les TNO ont un taux d'hospitalisation plus élevé que la moyenne nationale pour chaque groupe d'âge et le taux territorial d'hospitalisation pour les personnes âgées de 65 à 74 ans est plus du double de celui du Canada.[72]

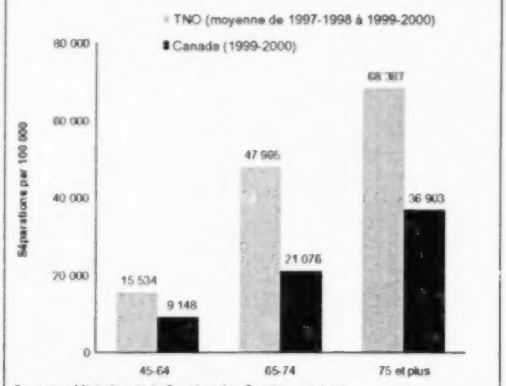
Non seulement la chance d'être hospitalisé croît avec l'âge, mais la chance que les séjours hospitaliers soient plus longs croît également. Comme on le voit à la figure 8.3, entre 45 et 54 ans et de 85 ans et plus, la moyenne de la durée des séjours à l'hôpital est près du triple, soit environ de 5 à 15 jours.

Figure 8.1
Pourcentage de la population hospitalisée
Moyenne annuelle de 1997-1998 à 1999-2000



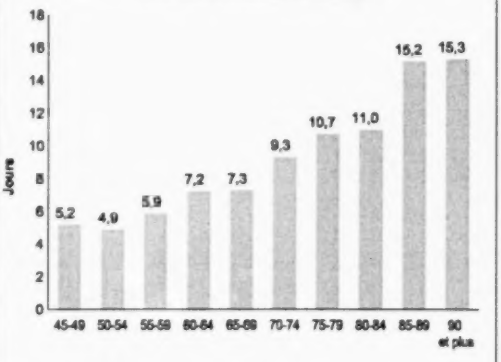
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Figure 8.2
Taux d'hospitalisation par 100 000



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Bureau de la statistique des TNO, Institut canadien d'information sur la santé

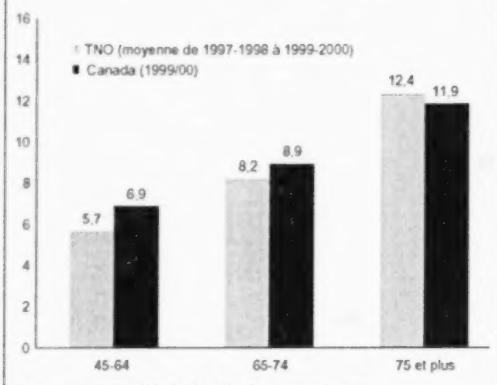
Figure 8.3
Moyenne de la durée des séjours à l'hôpital
1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

72 Voir Annexe 2 pour des détails sur les limites de l'hospitalisation comme mesure comparative.

Figure 8.4
Durée moyenne des séjours à l'hôpital



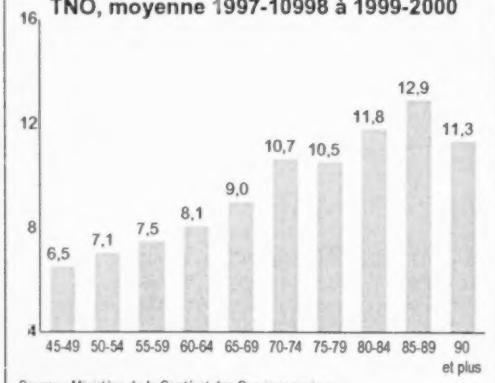
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut canadien de l'information sur la santé

Tableau 8.1
Durée moyenne des séjours à l'hôpital (jour-lit)
TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000

	Moyenne sur trois ans				Changement
Âge	94-96	95-97	96-98	97-99	94-96 à 97-99
45-49	4,9	4,9	4,9	5,2	5,9 %
50-54	6,1	5,5	5,0	4,9	-20,1 %
55-59	7,7	7,1	6,2	5,9	-23,5 %
60-64	8,0	8,0	7,6	7,2	-9,8 %
65-69	7,8	7,4	7,2	7,3	-6,7 %
70-74	11,6	10,3	9,0	9,3	-19,5 %
75-79	8,9	9,3	10,4	10,7	21,0 %
80-84	12,8	14,2	12,7	11,0	-14,1 %
85-89	15,9	14,4	14,4	15,2	-4,6 %
90 et plus	12,4	14,0	14,9	15,3	23,9 %

Note : les chiffres sont arrondis à la dizaine la plus près.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 8.5
Nombre moyen de visites chez le médecin, par patient
TNO, moyenne 1997-10998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Contrairement à l'écart entre les taux d'hospitalisation aux TNO et au Canada, la durée moyenne des séjours hospitaliers est relativement similaire. La figure 8.4 illustre que les patients des TNO âgés de 65 à 74 ans passent légèrement moins de temps à l'hôpital que la moyenne nationale. Les patients âgés de 75 ans et plus passent légèrement plus de temps à l'hôpital que la moyenne nationale, avec 12,4 jours, par rapport à 11,9 jours. La durée moyenne pour tous les âges combinés est plus courte pour les résidents des TNO, avec 5 jours par rapport à 7,1 jours au national.[73]

Au cours de la deuxième moitié des années 1990, la durée moyenne des séjours hospitaliers a légèrement diminué chez les personnes âgées. Le tableau 8.1 illustre les changements dans la moyenne annuelle de la durée des séjours dans des moyennes de trois ans. Après l'âge de 65 ans, tous les groupes d'âge ont connu des diminutions, à l'exception du groupe des 75 à 79 ans, et des patients de 90 ans et plus.

C'est possible que les petits nombres pour les TNO soient responsables de ces écarts malgré l'utilisation des moyennes sur trois ans. Un autre facteur qui joue est probablement la disponibilité croissante de services à domicile pour aider les personnes âgées à passer à la maison un plus grand pourcentage du temps de recouvrement après traitement.

Visites chez le médecin

Comme démontré dans le *Rapport sur les services de santé aux TNO, 2000,* environ 80 % de la population voit un médecin une fois par année.[74] Pour les personnes âgées, le pourcentage est de plus de 95 %. Une plus grande différence par âge se retrouve quand la moyenne du nombre de visites par patient est montrée. Comme on le voit à la figure 8.5, la moyenne de visites par patient augmente de 6 à 7 pour les personnes dans la quarantaine et la cinquantaine, et passent de 11 à 12 visites par année pour les gens qui ont 80 ou 90 ans.

73 Les données des TNO sont une moyenne annuelle de 1994-1995 à 1998-1999; les données pour le Canada sont pour 1999-2000. Le ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport sur les services de santé aux TNO,* Annexe 2, et l'*Institut canadien de l'information sur la santé,* 1999-2000.

74 Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Rapport sur les services de santé aux TNO, 2000,* p. 19.

Les femmes des TNO voient un médecin plus souvent que les hommes des TNO quand elles sont plus jeunes (figure 8.6). Pourtant, à mesure que les résidents des TNO vieillissent, la différence de la fréquence des visites chez le médecin semble se rétrécir. Entre 45 et 54 ans, les femmes vont voir le médecin près de deux fois plus souvent que les hommes. Entre 70 et 89 ans, les femmes et les hommes vont voir le médecin environ le même nombre de fois. Après l'âge de 89 ans, les femmes continuent de rencontrer le médecin plus de 12 fois par année, par rapport aux hommes qui ont moins de huit rencontres par année.

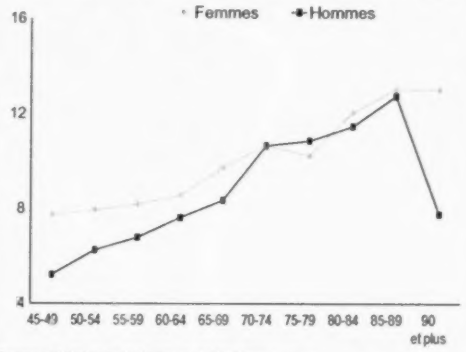
Comme on l'a vu dans le *Rapport sur les services de santé aux TNO 2000,* un grand pourcentage des rencontres médecin/patients avaient comme raison autre chose qu'une condition ou une maladie connue ou suspectée. Cela demeure vrai quand on examine les raisons pour lesquelles les patients rendent visite à un médecin. Environ 42 % des visites avaient pour but un dépistage et des examens, du counselling sur un plan de traitement, des résultats de tests, un conseil médical et la sensibilisation. Le dépistage pour certaines maladies, comme les maladies cardiovasculaires, respiratoires, génito-urinaires et le cancer sont également des raisons bien évidentes. De même, un grand pourcentage de ces visites ont été classifiées comme symptômes, des signes et des conditions mal définis. Ce groupe comprend différents symptômes comme des maux de tête, des douleurs à la poitrine ou à l'estomac qui ne peuvent pas être facilement attribuées à une condition particulière ou des symptômes qui pourraient correspondre à plus d'une condition.

L'autre 58 % des rencontres des médecins de personnes âgées sont classifiées sous 15 grandes catégories de maladies et de conditions. Le tableau 8.2 énumère le pourcentage de visites chez le médecin selon une grande classification de maladies, pour les patients âgées de 65 à 74 ans, pour une période de trois ans, de 1997-1998 à 1999-2000.

Les maladies du système circulatoire comptent pour 20 % des visites chez le médecin des personnes âgées de 65 à 74 ans, suivies par les maladies du système respiratoire et des maladies du système locomoteur et des tissus conjonctifs, à environ 12 % pour chacune des catégories.

Le tableau 8.3 illustre la même chose que le tableau 8.2, sauf qu'il concerne les personnes de 75 ans et plus. Les maladies du système circulatoire sont également les plus élevées, avec 17 %, mais sont suivies de près par les maladies du système respiratoire, à 15 %. Les maladies du système nerveux et des organes des sens sont assez élevées comme raison de voir un médecin pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Les blessures augmentent également en proportion pour les personnes âgées de 75 ans et plus par rapport à celles de moins de 75 ans.

Figure 8.6
Nombre moyen de visites chez le médecin, par patient
TNO, moyenne annuelle de 1997-1998 à 1999-2000



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Tableau 8.2
Visites chez le médecin par raison, groupe d'âge de 65 à 74 ans, TNO, 1997-1998 à 1999-2000

Raison	Pourcentage
Système circulatoire	20,0 %
Système respiratoire	12,2 %
Système locomoteur et tissus conjonctifs	11,9 %
Système nerveux et organes des sens	9,9 %
Système digestif	8,7 %
Organes génito-urinaires	7,5 %
Systèmes endocrinien, nutritionnel, métabolique et immunitaire	6,9 %
Blessures et empoisonnements	5,8 %
Néoplasmes	5,4 %
Troubles mentaux	5,3 %
Autres raisons	6,4 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Tableau 8.3
Visites chez le médecin par raison Groupe d'âge de 75 ans et plus TNO, 1997-1998 à 1999-2000

Raison	Pourcentage
Système circulatoire	17,3 %
Système respiratoire	15,1 %
Système nerveux, organes des sens	14,3 %
Système locomoteur	11,7 %
Blessures et empoisonnements	7,5 %
Troubles mentaux	6,8 %
Système digestif	6,7 %
Organes génito-urinaires	5,3 %
Néoplasmes	5,2 %
Systèmes endocrinien, nutritionnel, métabolique et immunitaire	3,8 %
Autres raisons	6,4 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Tableau 8.4
Moyenne du nombre de visites chez le médecin par patient
TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000

	Moyennes sur trois ans				Changement de 1994-1995 à
Âge	94-96	95-97	96-98	97-99	97-98
45-49	6,5	6,5	6,5	6,5	-0,3 %
50-54	6,8	6,9	7,0	7,1	3,7 %
55-59	7,4	7,5	7,5	7,5	1,7 %
60-64	7,8	8,0	8,1	8,1	3,9 %
65-69	9,2	9,1	9,1	9,0	-2,5 %
70-74	9,0	9,5	10,1	10,7	18,7 %
75-79	9,8	10,1	10,6	10,5	7,0 %
80-84	11,0	11,3	11,8	11,8	7,4 %
85-89	9,4	10,6	12,3	12,9	37,0 %
90 et plus	13,3	12,7	12,1	11,3	-14,7 %

Note : les chiffres sont arrondis à la dizaine près.
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le tableau 8.4 illustre le nombre de rencontres avec le médecin par patient, avec des moyennes annuelles sur trois ans, entre 1994 et 1999. Pour la plupart des groupes d'âge de 65 ans et plus, le nombre moyen de visites chez le médecin a augmenté au cours de la deuxième moitié des années 1990. Les augmentations les plus importantes se retrouvent dans les groupes d'âge de 70 à 74 ans et de 85 à 89 ans, avec 10 % et 37 % respectivement. Les patients âgés de 65 à 69 ans et de 90 ans et plus connaissent une réduction du nombre de visites chez le médecin, avec 3 % et 15 % respectivement.

Les personnes âgées ont besoin de plus de services de santé que les autres citoyens, mais il y a de bonnes chances qu'elles en aient moins besoin dans l'avenir. Tout d'abord, la population de personnes âgées de demain a plus de chance d'être mieux éduquée et d'être plus en mesure de faire des choix éclairés. Ensuite, les professionnels de la santé reconnaissent de plus en plus l'importance de la prévention. Finalement, il existe une propagation de formes non institutionnelles de soins de santé, comme les soins à domicile. Cela permettra de réduire dans l'avenir le temps qu'un patient doit passer à l'hôpital pour récupérer.

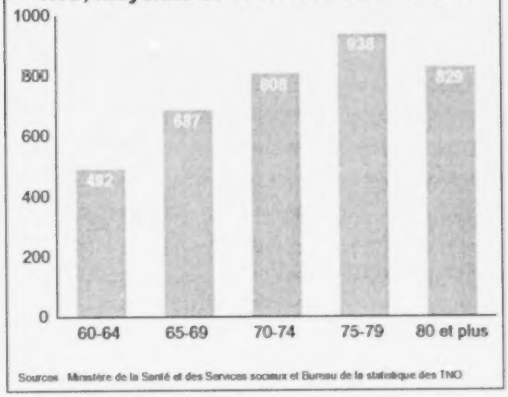
Chapitre 9

Assurance-maladie complémentaire
Assurance-médicaments

Il existe deux régimes d'assurance-maladie complémentaire pour les personnes âgées des TNO. Ces régimes visent des groupes d'origines ethniques différentes et couvrent, entre autres, le coût des médicaments sous ordonnance et ceux qui ne le sont pas. Le régime le plus important est le programme fédéral de services de santé non assurés pour les Indiens et les Inuits. Le deuxième régime est celui des prestations d'assurance-maladie complémentaire financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO pour tous les résidents non autochtones et métis de 60 ans et plus.

Malheureusement, les données pour les TNO de réclamations au programme de services de santé non assurés sont combinées à celles du Nunavut, et ne peuvent pas en être séparées pour le moment. Les données sur le programme de santé non assurés fournit une bonne information sur l'utilisation des médicaments par les personnes âgées qui n'ont pas de statut (non autochtones et Métis). Comme on ne peut pas inclure les données sur le programmes de services de santé non assurés, ce chapitre ne présente de l'information que sur la moitié de la population de personnes âgées (soit ceux qui reçoivent des prestations d'assurance-maladie complémentaire). Nous ne pouvons présumer que la consommation de médicaments de ces personnes âgées est semblable à celle de leurs pairs dénés et inuits.

Figure 9.1
Assurance-maladie complémentaire - Requérants par âge, Taux par 1000 TNO, moyenne de 1998-1999 à 2000-2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Réclamants, réclamations et dépenses

Environ 61 % de personnes de 60 ans et plus non autochtones font leurs réclamations pour médicaments auprès du programme d'assurance-maladie complémentaire. Le pourcentage de personnes âgées qui font des réclamations pour les médicaments varie avec l'âge.

La figure 9.1 illustre le taux moyen annuel de réclamants par 1000 personnes, par âge, de 1998-1999 à 2000-2001. Le pourcentage de la population qui fait des réclamations pour médicaments au sein des personnes âgées augmente avec l'âge jusqu'à la tranche des 75 à 79 ans, puis diminue pour les personnes de 80 ans et plus.

Il y a peu de différence dans le pourcentage de réclamations pour médicaments entre les femmes et les hommes âgés : environ 573 femmes âgées par 1000 de 60 ans et plus, par rapport à 645 par 1000 hommes âgés.

Tableau 9.1
Assurance-maladie complémentaire -
Réclamations pour médicaments par 1000 personnes
TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000

Moyennes sur trois ans

Âge	94-96	95-97	96-98	97-99	98-00
60-64	583	548	532	508	492
65-69	776	758	744	695	687
70-74	878	887	891	854	808
75-79	913	907	875	911	938
80 et plus	769	800	826	815	829

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

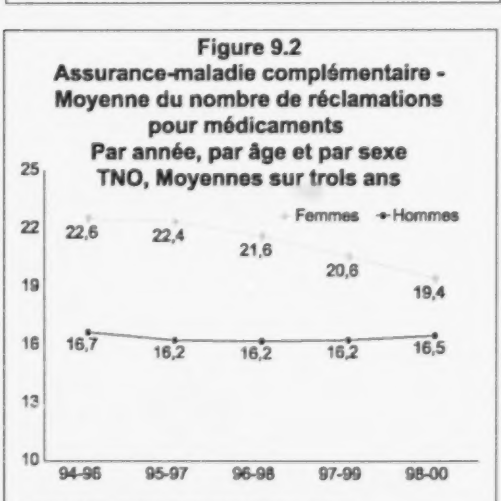
Tableau 9.2
Assurance-maladie complémentaire -
Moyenne de réclamations
pour médicaments, par réclamant
TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000

Moyennes sur trois ans

Âge	94-96	95-97	96-98	97-99	98-00
60-64	11,2	11,6	11,6	11,4	11,6
65-69	16,5	16,7	15,8	15,2	14,3
70-74	17,1	16,0	16,9	18,3	19,0
75-79	26,2	23,0	21,7	19,5	18,8
80 et plus	32,3	31,3	30,5	29,0	26,6

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Figure 9.2
Assurance-maladie complémentaire -
Moyenne du nombre de réclamations
pour médicaments
Par année, par âge et par sexe
TNO, Moyennes sur trois ans



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Le tableau 91. illustre le changement dans le taux d'utilisation de l'assurance-maladie complémentaire chez les personnes âgées non autochtones, au cours de la seconde moitié des années 1990. Le taux annuel d'utilisation de la tranche d'assurance-médicaments du programme d'assurance-maladie complémentaire a été regroupé en moyennes sur trois années.[75] Le pourcentage de personnes âgées de 60 à 64 ans qui font des réclamations pour médicaments a diminué de 13 % (passant de 583 par 1000 en 1994-1995 - 1996-1997 à 492 par 1000 en 1998-1999 - 1999-2000), alors que le pourcentage de personnes âgées de 80 ans et plus qui font des réclamations pour médicaments a augmenté, passant de 769 par 1000 à 829 par 1000 au cours de la même période.

Alors que les hommes âgés risquent davantage de nos jours de faire une réclamation pour médicaments, cela n'a pas toujours été le cas. En moyenne, entre 1994-1995 et 1996-1997, 686 par 1000 femmes âgées ont fait une réclamation pour médicaments, par rapport à 628 par 1000 hommes âgés.

Le nombre moyen de réclamants de médicaments par réclamant varie beaucoup avec l'âge. Le tableau 9.2 illustre le nombre moyen de réclamations par réclamant dans des moyennes sur trois ans, entre 1994-1995 - 1996-1997 et 1998-1999 - 2000-2001. Les réclamants d'assurance-maladie complémentaire âgés entre 60 et 64 ans ont fait en moyenne 11,6 réclamations par année entre 1998-1999 et 2000-2001. Les réclamants de 80 ans et plus ont fait en moyenne 26,6 réclamations au cours de la même période.

Il existe une tendance à la baisse dans le nombre moyen de réclamations effectuées par toutes les personnes âgées prises dans leur ensemble. La diminution la plus grande provient des réclamants de 75 ans et plus. Certaines petites augmentations ont été constatées chez les réclamants de 60 à 64 ans et de 70 à 74 ans.

La figure 9.2 illustre le changement dans le temps du nombre moyen de réclamations par réclamant, par sexe, chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Entre 1994-1995 et 1996-1997, il y a eu en moyenne 22,6 réclamations effectuées par les femmes âgées, par rapport à 16,7 pour les hommes âgés. En 1998-1999 - 2000-2001, le nombre moyen de réclamations a diminué de 27 % pour les femmes, avec 194, réclamations par rapport à une diminution négligeable pour les hommes, à 16,5.

75 Des moyennes sur trois ans ont été utilisées pour diminuer les variations créées en raison des petits nombres.

Tout comme le pourcentage de personnes âgées qui utilisent l'assurance-maladie complémentaire varie avec l'âge, le coût par habitant également. Comme on le voit à la figure 9.3, le coût par habitant croît avec l'âge, passant de 250 $ pour les personnes âgées de 60 à 64 ans, à plus de 600 $ pour les personnes âgées de 70 ans et plus.

Comme les autres indicateurs d'utilisation des médicaments par les personnes âgées non autochtones, le coût par habitant a diminué au cours de la seconde moitié des années 1990. Le tableau 9.3 illustre des moyennes sur trois ans des dépenses par habitant pour les médicaments entre 1994 et 2000.

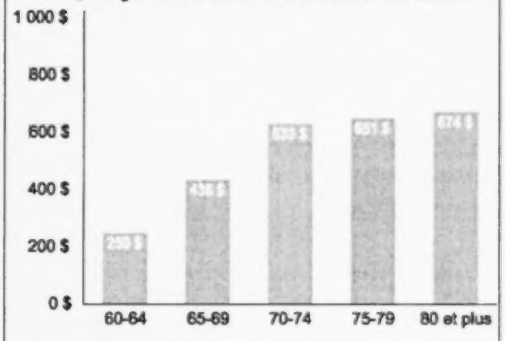
Chez les personnes âgées de tous les âges, le coût par habitant a décliné de 13 %. Par contre, le coût a diminué chez la plupart des personnes âgées de 75 à 79 ans et chez celles de 80 ans et plus, avec des diminutions de 28 et de 17 %. Comme pour les autres indicateurs d'utilisation des médicaments, les femmes âgées ont connu une grande diminution des dépenses par habitant pour les dépenses de médicaments, alors qu'on a vu une petite augmentation chez les hommes âgés.

Genres de médicaments utilisés[77]

Les médicaments peuvent être catégorisés en fonction de leur utilisation thérapeutique. Un système de classification courant est l'American Hospital Formulary System (AHFS).

La figure 9.4 illustre le pourcentage des personnes âgées par réclamations pour médicaments à l'assurance-maladie complémentaire aux catégories plus vastes de l'AHFS. Environ 32 % des personnes âgées non autochtones et métisses utilisaient un médicament classifié dans la catégorie du système nerveux central (SNC). Environ 29 % des personnes âgées utilisaient un médicament dans la catégorie cardiovasculaire (CVS); environ 20 % d'entre elles utilisaient des médicaments gastro-intestinaux (GI) et anti-infectieux (AI), 18 % des hormones et des substances synthétiques (HSS), 17 % des agents d'équilibre hydro-électrolytique et calorique (HEC) et environ 11 % des préparations pour la peau et les membranes muqueuses (PMM). Chacune des cinq principales catégories est décrite plus en détail.

Figure 9.3
Assurance-maladie complémentaire - Dépenses par habitant, par âge TNO, Moyennes de 1998-1999 à 2000-2001



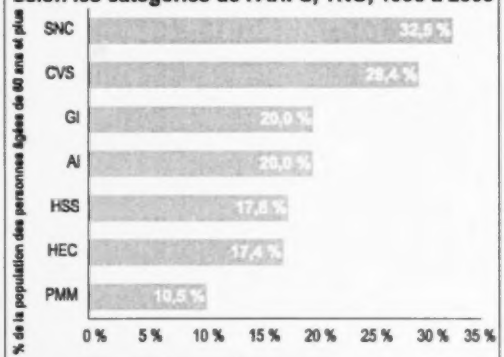
Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Tableau 9.3
Assurance-maladie complémentaire - Dépenses par habitant pour les médicaments TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000

	Moyennes sur trois ans				
Âge	94-96	95-97	96-98	97-99	98-00
60-64	282 $	275 $	268 $	255 $	250 $
65-69	519 $	507 $	487 $	455 $	436 $
70-74	643 $	629 $	675 $	690 $	633 $
75-79	894 $	792 $	722 $	669 $	651 $
80 et plus	807 $	803 $	785 $	732 $	674 $

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

Figure 9.4
Sept principaux types de médicaments utilisés par les personnes âgées selon les catégories de l'AHFS, TNO, 1998 à 2000



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

76 La description de l'utilisation des médicaments fournie dans la section 9.2 n'est pas une liste exhaustive. On met plutôt l'accent sur les médicaments les plus souvent utilisés. Toutes les description d'utilisation de médicaments sont tirés de Micromedes Thomson Healthcare, *Drugs.com*, mars 2002.

77 L'utilisation des médicaments documentée à la figure 9.3 couvre trois années : 1998-1999 à 2000-2001, et comprend uniquement les personnes âgées de 60 ans et plus non autochtones et métisses.

Tableau 9.4
Cinq principaux médicaments pour le système nerveux central par sous-catégories
Pourcentage de personnes âgées
TNO, 1998-1999 à 2000-2001

Sous-groupe SNC	% de la population
Analgésiques et antipyrétiques	27,2 %
Sédatifs et calmants	7,1 %
Antidépresseurs, tranquillisants et autres agents psychothérapeutiques	6,6 %
Anticonvulsifs	2,0 %
Divers agents pour traiter le système nerveux central	0,5 %

SNC = Système nerveux central.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

Tableau 9.5
Cinq principaux médicaments pour les maladies cardiovasculaires par sous-catégories
Pourcentage de personnes âgées
TNO, 1998-1999 à 2000-2001

Sous-groupe CVS	% de la population
Médicaments pour le cœur	24,6 %
Agents hypolipidémiants	6,4 %
Agents hypotenseurs	4,8 %
Agents vasodilatateurs	4,8 %
Médicaments pour le cœur et diurétiques	0,2 %

CVS = cardiovasculaire

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

Le tableau 9.4 illustre le sous-groupe de médicaments pour le système nerveux central. Ici, 27 % des personnes âgées ont utilisé des analgésiques et des antipyrétiques pour soulager la douleur et l'inflammation souvent associées à l'arthrite, les maux de tête et autres douleurs physiques (postopératoires ou en raison de blessures). Les agents anti-inflammatoires les plus courants sont des médicaments contenant de l'aspirine (acide acétylsalicyclique), l'ibuprofène ou le naproxène. Les opiacés (analgésiques) qui comprennent principalement de la codéine (acétaminophène avec codéine) servent également aux maux de tête et au soulagement de la douleur en général. D'autres analgésiques et antipyrétiques comprennent principalement l'acétaminophène.

Les sédatifs et les somnifères comptent constituent le deuxième plus important sous-groupe des médicaments pour le système nerveux central. Les médicaments principalement utilisés dans cette catégorie par les personnes âgées non autochtones et métisses des TNO sont appelés benzodiazépines. Ce sont des médicaments pour traiter la nervosité, l'anxiété, la tension et autres symptômes en agissant sur le système nerveux central. Le benzodiazépine le plus courant était le lorazepam (Ativan).

Tout près derrière les sédatifs et les somnifères, viennent les antidépresseurs, les tranquillisants et autres agents psychothérapeutiques. Ce sous-groupe venait en troisième place pour ce qui est de l'utilisation par les personnes âgées de médicaments pour le système nerveux central, avec près de 7 % de cette population qui utilisaient ces médicaments. Les antidépresseurs les plus courants, comme les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS), traitent les déséquilibres chimiques causant la dépression, la panique ou l'anxiété ou les symptômes de l'obsession et de la compulsion. Des médicaments couramment utilisés par les prestataires d'assurance-maladie complémentaire comprennent la fluoxétine (Prozax), la sertraline (Zoloft) et la paroxétine (Paxil). D'autres médicaments utilisés dans la sous-classe des médicaments pour le système nerveux central comprennent l'amitryptyline et la trazadone. Semblables aux ISRS, ils sont également utilisés pour traiter la dépression attribuable au déséquilibre des produits chimiques du cerveau.

Un autre petit groupe plus petit de médicaments faisant partie de la sous-catégorie du système nerveux central utilisés par les personnes âgées sont les médicaments antipsychotiques, et principalement l'halopéridol et la rispéridone qui sont utilisés pour traiter les symptômes d'états psychotiques.

Après les médicaments pour le système nerveux central, les médicaments cardiovasculaires (CVS) étaient les plus utilisés par les personnes âgées faisant partie du régime d'assurance-maladie

complémentaire. Dans le sous-groupe de médicaments cardiovasculaires (voir tableau 9.5), les médicaments pour les maladies cardiaques étaient la classe la plus courante de médicaments, avec près de 25 % des personnes âgées qui utilisent un ou plusieurs médicaments de la douzaine de ces médicaments pour traiter les maladies cardiaques.

Deux des médicaments les plus couramment utilisés étaient l'énalapril (Vasotec) et l'amlodipine (Norvasc). L'énalpril est utilisé pour baisser la pression sanguine, pour prévenir et traiter les insuffisances cardiaques. L'amlodipine sert principalement à traiter l'hypertension artérielle et l'angine (douleur thoracique).

Les agents antilipémiques empêchent la production de formes nocives de cholestérol et peuvent aider à augmenter le montant de bon cholestérol dans le corps. L'action des agents antilipémiques aident à réduire le risque de durcissement des artères, qui peut entraîner des crises cardiaques, des accidents cardiovasculaires et autres maladies du genre. Les médicaments les plus couramment utilisés étaient l'atorvastatin (Lipitor) et la pravastatine (Pravachol).

Les agents d'hypotension visent principalement à traiter l'hypertension. Les agents vasodilatateurs sont souvent utilisés pour traiter l'angine, pour prévenir les crises cardiaques, soulager en cas de crise et, dans le cas d'utilisation à long terme, pour réduire la fréquence des crises. Le principal agent vasodilatateur utilisée aux TNO est la nitroglycérine en pulvérisateur oral.

Les médicaments gastro-intestinaux (voir tableau 9.6) sont au troisième rang pour leur utilisation par les personnes âgées non autochtones et métisses aux TNO. Les médicaments les plus couramment utilisés dans le traitement des ulcères, des reflux gastrooesophagiens (brûlures gastriques) et autres conditions graves de brûlures d'estomac. Les deux médicaments les plus couramment utilisés étaient l'oméprazole (Losec) et la ranitidine (Zantac).

Les médicaments anti-infectieux venaient au quatrième rang des médicaments les plus utilisés par les personnes âgées, avec différents antibiotiques qui sont le plus couramment utilisés dans ce sous-groupe (voir tableau 9.7). Les médicaments comme l'amoxicillin et le sulfaméthoxazole étaient prescrits dans la plupart des infections virales.

Les hormones et substituts synthétiques venaient au cinquième rang des sous-groupes de médicaments les plus couramment utilisés par les personnes âgées. Celui le plus utilisé était les insulines et les agents anti-diabétiques qui servent au traitement du diabète, avec environ 8 % de la population des personnes âgées non autochtones et métisses qui ont une ordonnance (voir tableau 9.8). Les adréno-stéroïdes venaient au second

Tableau 9.6
Cinq principaux médicaments pour les maladies gastro-intestinales, par sous-catégories
Pourcentage de personnes âgées
TNO, 1998-1999 à 2000-2001

Sous-groupes GI	% de la population
Divers médicaments GI	14,9 %
Cathartiques et laxatifs	4,1 %
Divers médicaments GI non stéroïdiens et agents anti-inflammatoires	3,3 %
Antiémétiques	1,6 %
Antiacides et adsorbants	0,2 %

GI = gastro-intestinal.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

Tableau 9.7
Cinq principaux médicaments anti-infectieux par sous-catégories
Pourcentage de personnes âgées
TNO, 1998-1999 à 2000-2001

Sous-groupes AI	% de la population
Antibiotiques	15,0 %
Divers anti-infectieux	5,7 %
Médicaments antipaludiques	1,3 %
QUINOLONES	0,6 %
Anti-infectieux urinaires	0,6 %

AI = anti-infectieux.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

Tableau 9.8
Cinq principaux hormones et substituts synthétiques, par sous-catégories
Pourcentage de personnes âgées
TNO, 1998-1999 à 2000-2001

Sous-groupes HSS	% de la population
Insuline et agents antidiabétiques	8,0 %
Hormones surrénaliennes	6,7 %
Oestrogènes	4,2 %
Progestine	0,4 %
Hormone thyroïdienne	0,2 %

HSS = Hormones et substituts synthétiques.

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO.

rang pour leur utilisation: il s'agit principalement de stéroïdes anti-inflammatoires utilisés pour le traitement de l'asthme et pour les conditions endocriniennes quand le corps ne produit pas suffisamment ses propres stéroïdes. Ils peuvent également être utilisés pour l'arthrite, les colites ulcéreuses et la maladie de Crohn, de même que dans les cas d'allergies graves et de peau. En troisième place dans ce sous-groupe viennent les oestrogènes qui sont principalement utilisés comme thérapie de remplacement des hormones pour les femmes post-ménopausées.

C'est difficile de faire une projection de l'utilisation des médicaments par une tranche de la population. Les projections détaillées de la population pour les personnes âgées par origine ethnique ne sont pas disponibles. Nous savons que les personnes âgées non autochtones composent une grande partie de la population non autochtone des TNO et que cette population a connu une croissance plus rapide que la population de personnes âgées autochtones.

Étant donné cette croissance, on peut s'attendre à ce que la demande auprès du programme d'assurance-maladie complémentaire augmente au cours des deux prochaines décennies. La croissance dans la demande attribuable à la croissance de la population peut être en partie ralentie par une diminution possible de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées non autochtones et métisses. De plus, comme on l'a déjà dit dans des chapitres précédents, les personnes âgées de demain ne seront pas comme celles d'aujourd'hui. Si les gens qui seront les personnes âgées dans une vingtaine d'années sont plus en santé en raison d'un meilleur régime alimentaire, de plus d'exercice, d'une consommation moindre d'alcool et d'une diminution du tabagisme, l'utilisation de médicaments devrait probablement alors diminuer.

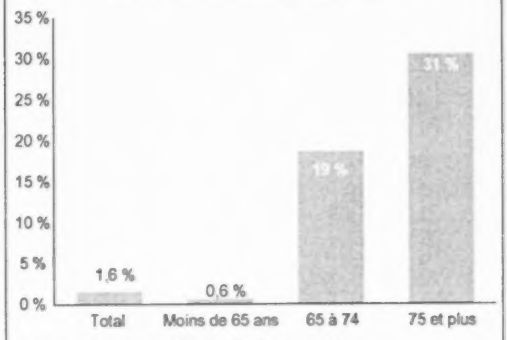
Enfin, il faut intégrer les données du programme de services de santé non assurés avec les données d'assurance-maladie complémentaire pour fournir un portrait plus complet de l'utilisation des médicaments par les personnes âgées des TNO. Une telle intégration des données des deux programmes permettrait également une analyse plus détaillée de la comparaison des patterns d'utilisation de médicaments chez les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée par rapport à celles qui ne sont pas placées en établissement.

Chapitre 10

Soins à domicile et soins de longue durée

Les soins à domicile et les soins de longue durée sont deux programmes principalement destinés aux personnes âgées, mais pas uniquement à elles. Ils sont regroupés dans ce chapitre, en raison de leur interrelation. Les soins à domicile aident à réduire la demande de soins institutionnels, car on peut fournir des services à domicile aux clients semi-indépendants. Plus les services de soins à domicile sont complets, plus longtemps une personne peut fonctionner et demeurer chez elle. Souvent, les soins institutionnels constituent la seule option quand le patient nécessite des soins 24 heures par jour et que les soins institutionnels ne sont pas disponibles.

Figure 10.1
Pourcentage de la population qui reçoit des soins à domicile par âge
TNO, Estimations pour 2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Soins à domicile

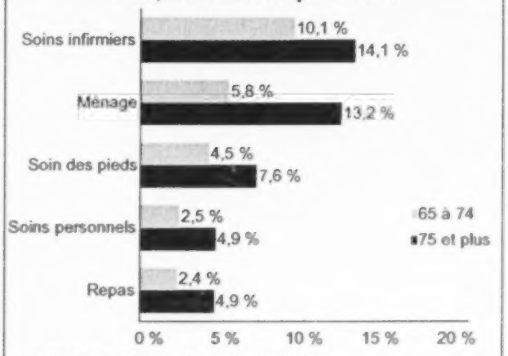
Les services de soins à domicile vont des repas et l'entretien ménager à l'hygiène personnel et l'aide avec les médicaments et les changements de pansements après une chirurgie, le soin des pieds et autres besoins de soins de santé. Environ 660 personnes recevaient des services de soins à domicile en 2001.[78] De ces clients, environ les deux tiers avaient 65 ans et plus.

C'est difficile d'étudier les soins à domicile de façon exhaustive, car il n'existe pas encore de base de données sur les clients de soins à domicile. L'information est recueillie en ce qui concerne le nombre de clients au début et à la fin de chaque mois, le genre de services donnés et non sur la base des rencontres individuelles. La plupart de l'information est relativement récente.

La figure 10.1 illustre une estimation du pourcentage de la population qui a reçu des soins à domicile en 2001. Environ 1,6 % de la population a reçu des soins à domicile. La plupart des clients avaient 65 ans et plus, soit environ 19 % de toutes les personnes âgées entre 65 et 74 ans (20 % de femmes et 18 % d'hommes) et 31 % des personnes âgées de 75 ans et plus (34 % de femmes et 27 % d'hommes). Malheureusement, les groupes d'âge illustrés à la figure 10.1 sont les seuls qui sont disponibles en ce qui concerne les statistiques sur les soins à domicile. Il est probable que les gens vers la fin de la cinquantaine et le début de la soixantaine reçoivent une plus grande partie de services de soins à domicile que ceux de moins de 55 ans. Ainsi, le saut par groupes d'âge ne serait pas aussi remarquable que l'illustre la figure 10.1 si plus de détails par âge étaient disponibles.

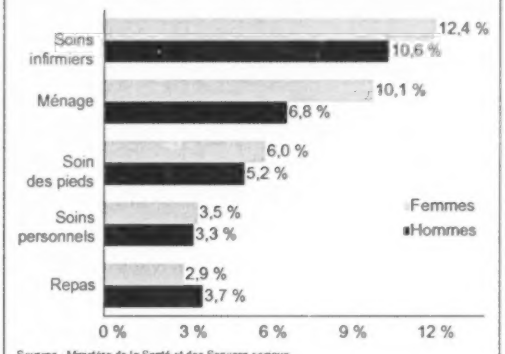
78 Tous les chiffres sont des estimations fondées sur la moyenne des rapports statistiques sur les soins à domicile fournis par les bureaux des communautés et régionaux. Voir Annexe 2 pour plus de détails.

Figure 10.2
Pourcentage de la population de personnes âgées, par genre de soins à domicile et par âge
TNO, Estimations pour 2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Figure 10.3
Pourcentage de la population de personnes âgées, par genre de soins à domicile et par sexe
TNO, Estimations pour 2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Les principaux services fournis aux personnes âgées à leur domicile (pour diminuer l'ampleur des différences) étaient des soins infirmiers, des services de ménage, des soins des pieds, des repas et des soins personnels. Comme on le voit à la figure 10.2, le pourcentage de la population de personnes âgées par genre de services reçus varie avec l'âge. Environ 10 % de la population âgée entre 65 et 74 ans reçoit certains soins infirmiers par rapport à presque 14 % de la population des 75 ans et plus. La différence dans le pourcentage de la population par genre de service s'accroît pour le ménage, le soin des pieds, les soins personnels et les services de repas.

La figure 10.3 illustre le pourcentage de personnes âgées, par sexe, pour chacun des cinq principaux genres de services. Les femmes âgées risquaient davantage de recevoir des services infirmiers que les hommes âgés, avec 12 et 11 % respectivement. De même, un plus grand pourcentage de femmes âgées recevaient des services de ménage que les hommes, avec 10 et 7 % respectivement. Par contre, il existe une convergence en ce qui concerne le soin des pieds, les soins personnels et les services de repas. Les hommes et les femmes âgés recevaient, toutes proportions gardées, la même quantité de ces trois services.

Si le taux actuel de l'utilisation de soins à domicile se poursuit, près de 1600 personnes recevront des services de soins à domicile d'ici 2020, dont 1300 seront des personnes âgées.[79]

Soins de longue durée

Il y a neuf établissements de soins de longue durée aux TNO, qui fournissent des soins 24 heures par jour, principalement aux personnes âgées, mais pas uniquement à ces dernières : trois de ces établissements sont des salles de long séjour[80] dans des hôpitaux (Stanton, à Yellowknife, H. H. Williams Memorial, à Hay River, et l'hôpital régional d'Inuvik), quatre sont des institutions à part pour les personnes âgées et les personnes handicapées (Northern Lights à Fort Smith, Woodland Manor, à Hay River, le Fort Simpson Long-term care Facility et l'Aven Manor de Yellowknife) et deux résidences pour personnes âgées (Jimmy Erasmus Senior Citizens Home, à Rae-Edzo, et Joe Greenland Centre, à Aklavik).

En général, les clients qui entrent dans un établissement de soins de longue durée ne retournent pas chez elle. Certains clients y vont pour un court terme afin de recevoir des services de relève. Ces clients sont placés en établissement pour donner un répit aux personnes qui leur fournissent habituellement des soins, souvent des enfants ou autre parenté.

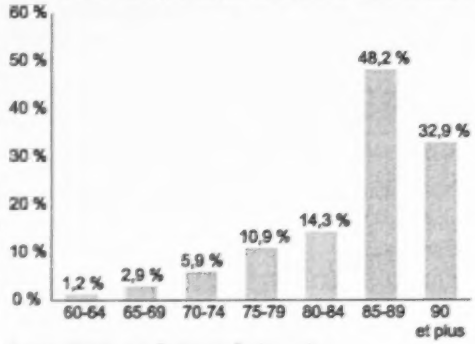
79 C'est important de réaliser que ces projections sont fondées sur l'utilisation de services de soins à domicile sur un an. Pour plus d'information sur la méthodologie de projection, voir l'Annexe 2.
80 Les salles de long séjour des hôpitaux fournissaient le plus haut niveau de soin, traditionnellement.

À mesure que les gens vieillissent, la chance qu'ils perdent leur indépendance et nécessitent des soins s'accroît. Cependant, ce n'est pas tout le monde qui passe du temps dans un établissement de soins de longue durée. Comme on le voit à la figure 10.4, le pourcentage de la population qui passe du temps dans un tel genre d'établissement s'accroît beaucoup avec l'âge. Seulement 14 % des personnes âgées entre 80 et 84 ans passe un jour ou plus dans un établissement de soins de longue durée par rapport à 48 % des personnes âgées entre 85 et 89 ans.

Il y a même moins de gens qui passent ce qu'on peut considérer un temps relativement long dans un établissement (plus de 90 jours), comme on peut le voir à la figure 10.5. Une période de plus de 90 jours peut constituer une indication sûre que ces clients de soins de longue durée n'étaient pas en établissement pour des services de relève.

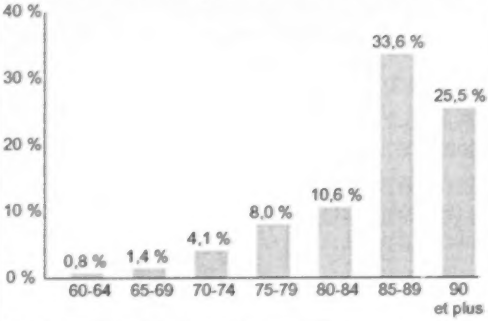
Avec la population de personnes âgées croissante aux TNO (voir chapitre 1), la demande de lits pour soins de longue durée augmentera beaucoup au cours des 10 à 20 prochaines années. Une étude actuelle effectuée par KPMG Consulting prédit que les TNO auront besoin de 218 lits de plus en 2012, en présumant un statu quo dans les niveaux d'utilisation.[81] Une autre étude ministérielle prédit la nécessité de 327 lits supplémentaire d'ici 2020, en se fondant sur les taux d'utilisation actuels.[82] Présentement, il y a environ 166 lits de soins de longue durée pour servir les clients de tous âges. La prédiction de KPMG de 52 lits supplémentaires est basée sur le fait que les taux actuels d'utilisation des soins de longue durée continueront dans l'avenir. Des programmes comme les soins à domicile et la promotion de la santé, associés au pour les soins de longue durée. Néanmoins, étant donné la population de personnes âgées des TNO, il vaut mieux s'attendre à une demande future importante au système de soins de longue durée dans les années à venir.

Figure 10.4
Pourcentage de la population dans un établissement de soins de longue durée, par année Moyenne de 1999-2000 à 2000-2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

Figure 10.5
Pourcentage de la population qui passe 90 jours ou plus par année dans un établissement de soins de longue durée Moyenne annuelle pour 1999-2000 à 2000-2001



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau de la statistique des TNO

81 KPMG Consulting, *Long Term Care Needs Assessment*, Rapport final, mai 2002.
82 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Long-term Care Report 1999-2000 et 2000-2001*, (rapport provisoire, 2001, p. 3).

Ce profil fournit un vaste aperçu de la santé des personnes âgées en ce début de siècle. Les personnes âgées des TNO se comparent bien avec les personnes âgées du reste du pays sur plusieurs indicateurs de l'état de santé De plus, l'évidence indique que l'état de santé des personnes âgées des TNO va s'améliorer au cours des vingt prochaines années.

Les personnes âgées des TNO peuvent s'attendre de vivre aussi longtemps que leurs pairs au national. De plus, comme on l'a vu dans les données nationales, l'espérance de vie à l'âge de 65 ans a grimpé au cours de la dernière décennie aux TNO.

Les personnes âgées de demain, soit les personnes qui sont présentement dans la quarantaine ou la cinquantaine, auront, en moyenne, des niveaux de scolarité plus élevés et, possiblement, de plus grandes ressources de revenus pour leur retraite que les personnes âgées de nos jours.

La population de personnes âgées de demain aura une meilleure compréhension des bases d'un régime et d'un style de vie sains. Une telle compréhension peut entraîner des choix sains et un diminution de la maladie parmi les personnes âgées.

Malgré les conclusions positives de ce rapport, les personnes âgées actuelles des TNO ont de moins bons résultats que les personnes âgées du pays pour un certain nombre d'indicateurs. Le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille, quand c'est possible, à améliorer l'état de santé des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain.

Les personnes âgées des TNO ont des niveaux plus bas de revenu et d'éducation formelle que les personnes âgées du reste du pays. Elles risquent davantage que les personnes âgées au national d'avoir de mauvais régimes alimentaires, d'être inactives, de fumer. Elles sont hospitalisées plus souvent et risquent davantage de décéder de maladies respiratoires que les personnes âgées d'ailleurs.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux participe à un groupe de travail interministériel qui s'occupe, entre autres choses, du revenu. Ici, on fait des efforts pour élaborer des critères normalisés pour l'évaluation des revenus parmi tous les programmes du GTNO pour les personnes âgées.[83] De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a la principale responsabilité d'élaborer les principes du programme comprenant *« la sécurité - le fait d'avoir un revenu adéquat en vieillissant... »*[84]

Par rapport aux autres provinces et territoires, les TNO ont un solide ensemble de programmes et d'avantages pour les personnes âgées, pour les aider à compenser pour le coût de la vie (subventions pour le

83 Le groupe de travail interministériel sur les programmes et services aux personnes âgées, *Plan d'action pour les personnes âgées, 2002-2003*, Réponse à la révision des programmes et services aux personnes âgées, Juin 2002, p. 6.
84 Ibid, p. 15.

chauffage et le logement, prestations d'assurance-maladie complémentaire, entre autres). Tous ces programmes et avantages, avec le supplément du revenu, aident les personnes âgées aux faibles revenus.

Près de la moitié des personnes âgées des TNO ont moins d'une neuvième année d'éducation, et risquent d'avoir des problèmes pour lire et écrire. C'est important que les communications entre le gouvernement et les personnes âgées des TNO reflètent cet état de fait. Des messages visuels et audios (particulièrement en langues autochtones) télévisés et radiodiffusés risquent d'avoir plus d'effet que les messages faits par écrit.

Des conditions médicales, comme les maladies du cœur et les accidents cérébrovasculaires, le diabète de type 2, le cancer colorectal et du poumon, et certaines maladies des systèmes digestif et respiratoire, ne se manifestent pas seulement en quelques années, pais prennent plutôt plusieurs décennies à se développer. De plus, de telles conditions résultent souvent directement de mauvais choix de vie. Avec des styles de vie sains, plusieurs conditions susmentionnées sont évitables ou du moins, peuvent être retardées.

C'est pourquoi le ministère de la Santé et des Services sociaux, de concert avec d'autres ministères du GTNO visent les enfants, les jeunes et les adultes, par le biais de programmes de promotion de la santé comme le programme de développement de la petite enfance, Vie active (régime alimentaire équilibré et exercice) et Alerte au tabagisme : une stratégie territoriale pour contrôler le tabagisme (cesser de fumer). Alors que les gens de tous âges peuvent bénéficier de changements positifs de style de vie, le style de vie est souvent un produit d'habitudes prises dès le jeune âge. Une promotion de la santé réussie entraînera une population de personnes âgées en meilleure santé dans les décennies à venir.

Les soins à domicile constituent un domaine où le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille pour améliorer la vie des personnes âgées. Les services de soins à domicile permettent aux personnes âgées de demeurer plus longtemps à leur domicile, ce qui leur permet une indépendance beaucoup plus grande que si elles étaient en établissement. Les soins à domicile permettent également aux personnes âgées de revenir plus vite chez elles, après une procédure à l'hôpital. Ainsi, grâce à des programmes comme le Projet de soins à domicile et communautaires pour les Premières Nations et les Inuits, les soins à domicile s'améliorent un peu partout aux TNO. Malgré les soins à domicile, le besoin de lits de soins de longue durée croîtra avec la population de personnes âgées, car tous les gens ne peuvent pas rester chez eux toute leur vie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux reconnaît la nécessité de soins de longue durée et, dans son cadre de travail concernant les soins, a identifié et le nombre de lits nécessaires

en établissements, et les genres de programmes nécessaires pour les 5 à 10 prochaines années.[86]

Toutes ces mesures prises par le ministère de la Santé et des Services sociaux aideront à améliorer l'état de santé des personnes âgées des TNO aujourd'hui et demain. Une fois qu'on leur a donné l'information et les services nécessaires, les personnes âgées d'aujourd'hui, de même que celles de demain, doivent prendre leurs responsabilité face à leur propre santé en faisant des choix sains en matière d'alimentation et de style de vie. En bout de ligne, les gestes posés en toute connaissance de cause entraîneront un changement positif.

86 Ibid, p. 9.

Références

Akyeampong, Ernest B, *RRSPs in the 1990,* in *Perspectives*, printemps 2000.

Bourne, Joyce, *Diabetes Surveillance in the NWT,* in *Epi North,* Vol. 13, n: 4, p 8-9, automne 2001.

Association canadienne du diabète, *Diabète,* (feuillet d'information).

Institut canadien d'information sur la santé, *1990-2000 Acute Hospital Separations* (données).

Institut canadien des actuaires, *Health Care in Canada: The Impact of Population Aging,,* (présentation faite par l'Institut canadien des actuaires devant le Comité permanent du Sénat sur les affaires sociales, les sciences et la technologie), le 21 mars 2001.

Case, Cheryl, TB - Focus on Seniors in *Epi North*, Vol 13, n° 2, p 10, 11 et 17, printemps 2001.

DeRoose, Elsie, Mabel Wong et Mary Deans, *Gestational Diabetes Mellitus,* in *Epi North*, Vol. 13, n: 4, p 10-12, automne 2001.

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Rapport sur la santé de la population canadienne. Annexe technique* (1999).

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (1999).

Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* (1999).

Foot, David K., *Boom, Bust and Echo* (MacFarlane, Walter and Ross: Toronto, 1996).

Santé Canada, *Vieillir au Canada* (2002).

Santé Canada, *Feuillets de renseignements sur les personnes âgées.*

Hollander, Marcus J., *Final Report of the Study on the Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services* (National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care: Victoria, avril 2001).

KPMG Consulting, *Long term Care Needs Assessment*, rapport final, mai 2002.

Macleod, Linda and Associates, *Pour une société qui vieillit en santé - Une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population* (Ottawa: Santé Canada, 1997).

MacNabb, Larry, *Groupes de régions socio-sanitaires homologues* (Statistique Canada, 2002).

McEwen, Dr. Howard et al., *Understanding Diabetes in Family Medicine,* printemps 1996.

Menec, Verena H. et al., *The Health and Health Care Use in Manitoba's Seniors: Have They Changed Over Time?* (Manitoba Centre for Health Policy, septembre 2002).

Micromedex Thomson *Healthcare,* drugs.com (mars 2002).

Mo, Daojun, John Morse et Jane Hamilton, *Profile of Prevalent Diabetes Mellitus in Fiscal Year 1997/98 in the Northwest Territories,* in *Epi North*, Vol. 11, n° 3, p. 2-4, automne 1999.

Direction des aînés et des aînées, *Expression,* Vol. 12, n° 2, printemps 2000.

Bureau de la statistique des TNO, *Enquêtes sur la population active des TNO* 1989, 1994, 1999.

Bureau de la statistique des TNO et Société d'habitation des TNO, *Sondage sur les besoins en matière d'habitation* - 2000.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Cancer Statistics, Northwest Territories,* 1992-2000, (ébauche, non publié, 2002).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Long Term Care Report 1999/00 and 2000/01,* (ébauche, non publié, 2002).

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *The fact about smoking in the Northwest Territories.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport sur les services de santé aux TNO, 2000.*

Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO, 1999.*

Société d'habitation des TNO, *Sondage sur les besoins* - 1996 et 1992, (données).

Seniors Interdepartmental Working Group for Seniors Program, *Plan d'action pour les personnes âgées 2002-2003 - Réponse à la révision des programmes et services pour les personnes âgées,* (gouvernement des Territoires du Nord-Ouest), juin 2002.

Statistique Canada, recensements de 1986, 1991, et 1996, (données)

Statistique Canada, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada,* 1999.

Ulysse, Pierre-Joseph, *Le vieillissement des populations : les trente dernières années en perspective revue de la littérature* (Ottawa, Santé Canada, 1997).

Working Group on Community Health Information Systems and Chevalier, S. et al., *Community Health Indicators: Definitions and Interpretations* (Ottawa : Institut canadien de l'information sur la santé, 1996).

Annexe 1 - Glossaire

Psychoses attribuables à l'alcool et aux drogues : psychoses associées à la consommation d'alcool et de drogues, et comprenant le syndrome Korsakoff (alcool).

Amitriptyline : ingrédient actif dans les médicaments utilisés pour traiter la dépression attribuable à un déséquilibre de la composition chimique du cerveau.

Amlodipine : ingrédient dans les médicaments principalement utilisés pour traiter l'hypertension et l'angine.

Amoxicillin : antibiotique utilisé pour traiter les infection bactériennes.

Analgésiques et antipyrétiques : agents pour traiter la douleur et la fièvre. Il existe deux principales sous-classes : les agents non stéroïdiens anti-inflammatoires et les opiacés.

Angine : grave douleur à la poitrine associée aux crises cardiaques (ou infarctus du myocarde).

Agent antilipémique : médicament qui stoppe ou réduit la production de mauvais cholestérols (genres de gras) dans le sang et qui peuvent aider à augmenter le bon cholestérol dans le sang.

Antipyrétiques : classification démontrant des médicaments qui combattent la fièvre.

Ativan : médicament faisant partie des benzodiazépines et contenant l'ingrédient actif, le lorazepam.

Atrovastatin : agent antilipémique

Benzodiazépines : médicaments pour traiter la nervosité, l'anxiété, la tension et autres symptômes en ralentissant le système nerveux central.

Trouble bipolaire : psychose maniaco-dépressive, où les symptômes maniaques et dépressifs alternent ou sont séparés par des périodes de relative normalité.

Médicaments pour le cœur : sous-classe de médicaments cardiovasculaires, visant principalement à faire baisser la pression sanguine, à traiter l'angine et les malaises cardiaques.

Cardiovasculaire : fait référence au cœur et aux vaisseaux sanguins.

Maladies du système circulatoire : maladies du système circulatoire incluant les maladies cardiaques et les accidents cardiovasculaires.

Système circulatoire : terme général faisant référence aux parties du corps comprises dans la circulation du sang : cœur, artères, veines et autres vaisseaux sanguins.

Données démographiques : caractéristiques d'une population décrite en terme de taille, de distribution et de composition (p. ex. l'âge, le sexe, l'origine ethnique).

Trouble dépressif : trouble de l'humeur caractérisé par un sentiment de tristesse et de désespoir. Les symptômes peuvent comprendre ce qui suit : un sentiment de désespoir, des changements dans les habitudes alimentaires, des troubles du sommeil, une fatigue constante et des pensées suicidaires.

Système digestif : terme général faisant référence aux parties du corps qui digèrent la nourriture : bouche, gorge, estomac et intestins.

Énalapril : ingrédient actif dans le Vasotec, un médicament pour faire baisser la pression sanguine et pour traiter les insuffisances cardiaques.

Oestrogène : hormone utilisée dans le traitement d'un certain nombre de conditions, dont l'ostéoporose et les malaises causés par la ménopause.

Fluoxétine : inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine et ingrédient actif dans le Prozac.

Système génito-urinaire : terme général faisant référence aux parties génitales du corps impliquées dans l'action d'uriner.

Haldol : médicament contenant de l'halopéridol utilisé pour traiter les symptômes des troubles psychotiques.

Halopéridol : ingrédient utilisé dans les médicaments antipsychotiques (Haldol).

Hydrochlorothiazide : médicament utilisé pour traiter l'hypertension artérielle et l'œdème.

Agent hypotenseur : agent qui traite l'hypertension.

Population active : toutes les personnes âgées de 15 ans ou plus, qui travaillent ou qui cherchent du travail.

Lorazepam : ingrédient actif dans certains médicaments, comme l'ativan, utilisé pour traiter l'anxiété, la tension, la nervosité et autres symptômes, et qui affectent le système nerveux central.

Losec : médicament utilisé pour traiter les brûlures d'estomac.

Trouble maniaque : trouble du comportement caractérisé par des périodes d'exaltation ou un sentiment de « high », d'impatience, d'agitation, d'agression et de colère et d'idées de grandeur (délire de grandeur) et de pensées confuses.

Troubles mentaux : terme général pour toute une variété de maladies mentales, comprenant les psychoses affectives, la dépendance à l'alcool et aux drogues, les psychoses attribuables à l'alcool et aux drogues, les troubles bi-polaires, les troubles dépressifs, les troubles maniaques, les troubles névrotiques, les psychoses, la schizophrénie et les conditions reliées à la sénilité.

Naproxen : médicament anti-inflammatoire non stéroïdien.

Néoplasmes : croissances qui peuvent s'avérer cancéreuses, non cancéreuses ou de nature indéterminée.

Agents anti-inflammatoires non stéroïdiens : ingrédients actifs dans des médicaments comme l'aspirine, l'ibuprofène et le naproxen. Ces médicaments sont utilisés pour calmer les maux de tête mineurs et les douleurs arthritiques.

Norvasc : médicament utilisé pour traiter l'hypertension.

Oméprazole : ingrédient actif dans le Losec, utilisé pour traiter les condition gastro-intestinales comme les brûlures et les ulcères.

Opiacés : médicaments, comme la codéine, pour supprimer la douleur, sans provoquer de perte de conscience.

Soins palliatifs : soins donnés à une personne en phase terminale. Ces personnes ont peu de chance de guérir et les soins visent à les réconforter avant qu'elles ne meurent.

Paroxétine : agent anti-inflammatoire non stéroïdien et ingrédient actif dans certains médicaments comme le Paxil.

Paxil : médicament utilisé pour traiter un déséquilibre de la composition chimique du cerveau qui cause la dépression et autres symptômes.

Pravachol : médicament contenant du pravastine et utilisé pour faire baisser le cholestérol.

Pravastine : agent antilipémique.

Privinal : médicament utilisé pour traiter l'hypertension.

Prozac : médicament utilisé pour traiter un déséquilibre de la composition chimique du cerveau qui cause la dépression et autres symptômes.

Psychoses : terme général pour nommer des troubles mentaux, incluant les psychoses affectives, les psychoses organiques (p. ex. les psychoses d'alcoolique et les conditions reliées à la sénilité) et les troubles schizophréniques. En général, une déficience d'une fonction mentale s'étant développée à un degré qui interfère manifestement avec les capacités d'une personne de répondre aux demandes ordinaires de la vie ou de garder le contact avec la réalité. Les symptômes peuvent comprendre ce qui suit : délire (mauvaises perceptions ou perceptions non rationnelles), hallucinations (voir ou entendre des choses qui n'existent pas), discours évidemment incohérent, comportement désorganisé ou agité.

Ranitidine : médicament utilisé dans le traitement des ulcères et des brûlures d'estomac.

Système respiratoire : terme général référant aux parties du corps impliquées dans la respiration: nez, gorge et poumons.

Services de relève : soins à une personne qui normalement, est soignée dans un endroit autre qu'un hôpital. Le soin vise à donner un répit aux fournisseurs de soins réguliers du patient.

Risperdal : médicament anti-psychotique.

Rispéridone : ingrédient actif dans le Risperdal.

Schizophrénie : ensemble de psychoses caractérisées par un trouble fondamental de la personnalité, une distorsion de la pensée, souvent une impression d'être contrôlé par des forces étrangères, des délires (pensées fausse ou irrationnelles) et des hallucinations (voir ou entendre des choses qui n'existent pas).

Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine : décrit une classe de médicaments contenant des ingrédients (p. ex. la fluoxétine, la sétraline, la paroxétine) qui aident à traiter la dépression chez les patients dont la dépression et autres symptômes (panique, anxiété, comportement obsessif ou compulsif) ont été causés par un déséquilibre de la composition chimique du cerveau.

Sertraline : un inhibiteur spécifique du recaptage de la sérotonine et ingrédient actif dans certains médicaments comme le Zoloft.

Sulfaméthoxale : antibiotique utilisé pour traiter les infections bactériennes.

Trazodone : ingrédient actif dans certains médicaments utilisés pour traiter la dépression causée par le déséquilibre dans la composition chimique du cerveau.

Agents vasodilatateurs : médicaments souvent utilisés pour traiter les douleurs à la poitrine. Ils dilatent les vaisseaux sanguins pour permettre une augmentation du flux sanguin.

Vasotec : médicament contenant de l'énalapril utilisé pour traiter l'hypertension.

Zantac : médicament contenant de la ranitidine utilisée pour traiter les condition gastro-intestinales comme les brûlures d'estomac.

Zoloft : médicament utilisé pour traiter le déséquilibre dans la composition chimique du cerveau pouvant causer la dépression et autres symptômes.

Annexe 2
Sources de données et méthodologie

Général

Les données des TNO proviennent principalement du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO et du Bureau de la statistique des TNO. Toutes les données pour le Canada proviennent de Statistique Canada, de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de Santé Canada.

Une grande tranche des données sur la morbidité et la mortalité (p.ex. l'hospitalisation, les décès, le cancer, etc.) contenues dans ce rapport ont été transformées en taux basés sur la population. Les données sur la population utilisées dans ce rapport sont des estimations sujettes à de futures révisions. Les données sur la morbidité et la mortalité sont également sujettes à des futures révisions, mais dans un degré moindre.

Nous donnons une explication des sources de données et de la méthodologie chapitre par chapitre.

Chapitre 1

La source des chiffres sur la population des TNO provient du Bureau de la statistique des TNO. Ce dernier a publié ces chiffres en avril 2000 et en janvier 2001, avant la publication des chiffres de recensement Canada de 2001. Les données du recensement n'ont pas été utilisées dans ce rapport, car il semble que le recensement a manqué 10 % de la population. Les estimations après recensement n'étaient pas disponibles pour ce profil.

Les données sur la population canadienne proviennent de Statistique Canada.

Tous les chiffres concernant la population, passés et projetés, sont des estimations et sont sujets à de futures révisions.

Chapitre 2

La source des données sur le revenu est Statistique Canada et la Division des données sur les petites régions et les régions administratives.

Une personne âgée a 65 ans et plus pour la section sur le revenu. La retraite, et par conséquent, une baisse des revenus, se passe en général vers l'âge de 65 ans et détermine l'âge constituant le seuil d'inclusion pour l'analyse.

Les données sur l'emploi aux TNO proviennent de *l'Enquête sur la population active* du Bureau de la statistique des TNO. Le Bureau de la statistique des TNO mène une enquête sur la population active tous les cinq ans. Les données nationales sur l'emploi proviennent de Statistique Canada.

Une personnes âgée est une personne de 65 ans et plus pour la section sur l'emploi. La retraite, ou la semi-retraite, se passe en général vers l'âge de 65 ans et détermine l'âge limite pour l'analyse.

Les données sur l'éducation proviennent également de *l'Enquête sur la population active des TNO*.

Une personne âgée a 60 ans et plus pour la section sur l'éducation. Dans cette section, une éducation de moins d'une neuvième année est utilisée comme indicateur d'analphabétisme. La plupart des programmes pour les personnes âgées déterminent l'admissibilité à 60 ans. La communication gouvernementale et non gouvernementale sur les programmes doivent prendre des formulaires qui sont compréhensibles par la population ciblée par le programme. Par conséquent, en ce qui concerne l'éducation, l'âge de 60 ans est l'âge constituant le seuil d'inclusion pour l'analyse.

Les données sur l'habitation proviennent du *Sondage sur les besoins en matière d'habitation* aux TNO effectuée tous les quatre ans. *Le Sondage sur les besoins en matière d'habitation aux TNO* vise à couvrir tous les ménages des communautés à l'extérieur de Yellowknife, de Hay River, d'Inuvik et de Fort Smith.[87]

Les résultats du sondage de 1992 n'étaient pas pondérés; donc, il n'a pas été possible de faire du recoupage, car l'échantillonnage du sondage n'était pas 100 %.

Une personne âgée a 60 ans et plus en ce qui concerne la section sur l'habitation. Les programmes d'habitation pour les personnes âgées des TNO déterminent l'admissibilité à 60 ans. Par conséquent, l'âge de 60 ans et plus est l'âge constituant le seuil d'inclusion pour l'analyse.

Chapitre 3

Les données pour la section de la culture proviennent du Bureau de la statistique des TNO et de Statistique Canada. Dans *l'Enquête de 1999 sur la population active*, le Bureau de la statistique des TNO a posé des questions à propos du piégeage et de l'artisanat, de même que sur la connaissance des langues. Dans son recensement de 1996, Statistique Canada a également posé des question sur la langue.

L'âge de 60 et celui de 65 ans sont utilisés pour déterminer le début du troisième âge dans la section traitant de la culture. Comme en ce qui concerne l'éducation, c'est à partir de l'âge de 60 ans que les statistiques sur la langue étaient le plus pertinentes pour comprendre les communications concernant les programmes. Dans certains cas, l'âge de 65 ans était l'âge constituant le seuil d'inclusion.

Les données sur le bénévolat aux TNO proviennent de *l'Enquête de 1999 sur la population active des TNO.*

L'âge de 65 ans est utilisé pour la section sur le bénévolat, car en général, c'est l'âge de la retraite ou du moins, de la semi-retraite. Une fois à la retraite, les gens ont plus de temps libre pour faire du bénévolat.

Les données sur les conditions de logement provenaient du recensement de 1996. Malheureusement, les données de 2001 n'avaient pas encore été divulguées au moment de la publication de ce rapport.

L'âge de 65 ans et plus était la catégorie d'âge disponible pour comparer à la population canadienne en ce qui concerne les conditions de logement.

Chapitre 4 et chapitre 5

Pour le chapitre 4, les données sur le régime alimentaire, l'activité physique et la consommation d'alcool provient de *l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*.[88] Les données disponibles pour ce rapport provenaient du premier

87 Société d'habitation des TNO et Bureau de la statistique des TNO. *Sondage sur les besoins en matière d'habitation* - 2000 (résultats généraux et détails par communauté) p. 21, mars 2000.

88 Les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) proviennent d'un dossier partagé entre les territoires et provinces. Certains répondants au ESCC ont choisi de ne pas partager leurs réponses en dehors de Statistique Canada. Donc, les données de l'ESCC dans ce rapport ne correspondent pas exactement à celles fournies par Statistique Canada.

cycle de l'Enquête de 2000. Les données territoriales sur le tabagisme proviennent de *l'Enquête de 1999 sur la population active des TNO*, et les données pour le Canada proviennent de Statistique Canada.

Pour le chapitre 5, toutes les données sur l'état subjectif de la santé de la population proviennent de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.*

Une personne âgée a 65 ans et plus pour toutes les sections de ces deux chapitres. Cet âge a été déterminé en raison du lien entre les pratiques de santé personnelles et les mesures objectives de l'état de santé (morbidité et mortalité), et pour que les comparaisons avec les autres provinces et territoires soient pertinentes.

En plus de comparer à la population de personnes âgées du Canada, des comparaisons ont été effectuées avec un groupe de pairs des TNO. Ce groupe de pairs était composé des régions sanitaires partageant des caractéristiques démographiques et socio-économiques avec les TNO.[89] Les régions suivantes sont les régions sanitaires composantes du groupe de pairs des TNO :

1. Health Labrador Corporation
2. Région du Nord-du-Québec
3. Norman, Manitoba
4. Churchill, Manitoba
5. Mistahia Regional Health Authority, Alberta
6. Keeweetinok Lakes Regional Health Authority, Alberta
7. Northern Lights Regional Health Authority, Alberta
8. Northwestern Regional Health Authority, Alberta
9. Caribou, C.-B.
10. North West, C.-B.
11. Peace Liard, C.-B.
12. Northern Interior, C.-B.
13. Yukon

Importance statistique

Des intervalles de précision ont été utilisés pour tester les différences importantes entre les résultats de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, les résultats des TNO par rapport au groupe de pairs et les résultats de l'enquête nationale, de même qu'entre les groupes d'âge des TNO.

Pour les chapitres 4 et 5, des tableaux sont disponibles sur demande et démontrent les intervalles de précision correspondants et des coefficients de variation, par rapport aux valeurs utilisées dans les graphiques dans le texte. Veuillez communiquer avec la Division de la planification, des rapports et de la responsabilisation pour obtenir davantage d'information (867) 920-8946.

Chapitre 6

Les données sur la morbidité du chapitre 6 proviennent de l'Institut canadien de l'information sur la santé et de plusieurs bases de données du ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO : les services hospitaliers de l'hôpital territorial, le registre sur le cancer et le registre des maladies transmissibles.

89 Pour plus d'information sur le groupe de pairs, voir Larry MacNabb, Groupes de pairs de régions sanitaires (Statistique Canada, 2002).

L'âge de 65 ans et plus est considéré comme le troisième âge dans le chapitre 6. La morbidité est, en grande partie, reliée à l'âge; il n'est donc pas pertinent d'avoir un âge spécifique comme seuil d'inclusion. De plus, l'âge de 65 ans est utilisé comme seuil d'inclusion pour les personnes âgées au national pour les données sur la morbidité.

Il y a deux facteurs dont le lecteur devrait tenir compte quand il compare les taux d'hospitalisation entre les TNO et le Canada.

1. Les TNO, en raison de son système d'hospitalisation régional et d'utilisation d'établissements dans le Sud du Canada tendent à avoir un nombre beaucoup plus grand de transferts entre hôpitaux que ce n'est le cas dans la plupart des provinces et territoires du Canada. Par exemple, dans certains cas, il y a des patients qui sont hospitalisés à Inuvik, et qui sont ensuite transférés à Stanton, pour la même condition, ce qui démontre deux hospitalisations (et même trois si le patient est de nouveau transféré à Edmonton).

Par contre, malgré le surdénombrement expliqué plus haut, un examen manuel des dossiers des particuliers démontre qu'environ 15 % des hospitalisations comportaient un transfert. Néanmoins, il n'y a actuellement pas de façon de regrouper automatiquement les transferts pour éviter de double dénombrement.

2. Jusqu'à 20 % des données sur l'hospitalisation au sein des Territoires pour 1999-2000 sont manquantes. Un certain nombre de dossiers ont été rejetés en raison de problèmes d'interface du système. Des tentatives de recouvrer les données sont planifiées pour bientôt. Avec l'utilisation de moyennes sur trois ans, de 1997-1998 à 1999-2000, et de l'évitement d'analyse détaillée, la répercussion en raison des données manquantes a été réduite.

Alors que l'ancien problème exagérait le nombre de résidents des TNO hospitalisés par rapport à la moyenne nationale, le dernier problème réduit quelque peu cette exagération en raison de l'exclusion des hospitalisation de l'analyse dans ce profil. De plus, même si une telle duplication des hospitalisations a été enlevée, il y aurait tout de même probablement de grandes différences dans les taux d'hospitalisation entre les TNO et le Canada.

Quand les raisons ou les causes d'hospitalisations sont fournies, la plupart des catégories sont couverte par la Classification internationale des maladies, 9e édition révisée (ICD-9). Il y a 13 classifications (ou chapitres) pour des conditions « connues » ou « suspectées » qui conviennent aux personnes âgées (voir la liste qui suit pour une brève description de chacune des classifications, selon qu'elles s'appliquent aux Territoires du Nord-Ouest). Chacune de ces classifications, ou chapitre, contient plusieurs centaines de codes; chaque code fournit une identification particulière de la condition médicale en question. Les codes qui composent le chapitre sont présentés dans les sous-groupes (p.ex. maladies intestinales, calculs biliaires, gastrites, hernies et ulcères sont dans le sous-groupe des maladies du système digestif).

Suit une liste des six classifications ICD-9 qui sont les principales causes d'utilisation des services de santé par les personnes âgées des Territoires du Nord-Ouest :

1. **Maladies du système respiratoire** (bronchite, asthme, obstruction chronique des voies respiratoires et pneumonie).

2. **Maladies du système circulatoire** (maladies cardiaques, accidents cardiovasculaires et conditions reliées aux artères, aux veines, etc.)

3. **Blessures et empoisonnements** (fractures, entorses, traumatismes, empoisonnements avec des produits chimiques, blessures).

4. **Maladies du système digestif** (calculs biliaires, maladies pancréatiques, maladies de l'estomac et des intestins, appendicites, maladies des dents et des mâchoires).

5. **Maladies du système nerveux et des organes des sens** (paralysie, épilepsie, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladies ou infections des oreilles et des yeux).

6. **Néoplasmes** (croissances cancéreuses ou non cancéreuses).

Suit une liste des huit classifications restantes ICD-9, qui s'appliquent aux personnes âgées, mais qui ne se manifestent pas de façon proéminente (par rapport aux six susmentionnées) comme causes d'utilisation des services de santé par les personnes âgées des Territoires du Nord-Ouest. Les classifications qui suivent sont souvent regroupées sous le terme « Autres conditions » dans ce rapport.

1. **Maladies infectieuses et parasitaires** (tuberculose, coqueluche, méningite, maladies transmises sexuellement).

2. **Maladies endocriniennes, d'origine alimentaire et métaboliques** (diabète, thyroïde, déficiences vitaminiques, fibrose kystique, obésité).

3. **Maladies du sang et des organes hématopoïétique** (anémie, maladies des globules blancs, maladies de la rate).

4. **Maladies du système génito-urinaire** (maladies des reins et de la vessie, maladies de l'urètre et du tractus urinaire, maladies inflammatoires des organes de reproduction).

5. **Maladies de la peau et du tissu sous-cutané** (cellulite, abcès, érythème fessier, eczéma, psoriasis, coup de soleil, cors, durillons, ongles incarnés, acné).

6. **Maladies squeletto-musculaires et des tissus conjonctifs** (lupus, sclérose, arthrite, maladies de la moelle épinière, rhumatismes, oignons, ostéoporose).

7. **Troubles mentaux** (psychoses alcooliques, démence sénile, dépression, troubles névrotiques et schizophrénie).

8. **Symptômes, signes et conditions mal définis** (hallucinations, convulsions, fièvre, fatigue, éruption cutanée, mal de tête, respiration sifflante, nausée, douleur, etc.).[90]

Une quatorzième catégorie est Classification supplémentaire de facteurs influençant l'état de santé et Contact avec les services de santé. Pour l'hospitalisation, cette catégorie réfère surtout aux soins postérieurs ou aux soins chroniques des patients pour maladies et conditions couvertes dans les quatorze catégories précédentes. Cependant, l'hospitalisation attribuable à une classification supplémentaire ne peut pas être reliée à la condition ou maladie actuelle et par conséquent, est exclue de l'analyse des principales raisons d'hospitalisation.

Comme il existe un registre du cancer, les détails sur l'incidence du cancer peuvent être directement documentés, et non inférés, à partir des hospitalisations comme c'est le cas pour les maladies respiratoires, les maladies du système circulatoire, les maladies du système digestif et les blessures. Néanmoins, le nombre actuel de cas de cancer aux TNO diminue chaque année, ce qui demande plus de mesures statistiques pour vérifier l'importance quand on compare aux moyennes nationales.

Comme pour ce qui est des résultats de *l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, on peut fournir sur demande plus de détails sur l'importance statistique.

90 La classification Symptômes, signes et conditions mal définis est utilisée quand un diagnostic ne peut pas être clairement fait (quelquefois, il y a deux diagnostics possibles). On ne donne pas de rang et c'est placé dans la catégorie « Autre », avec les autres conditions moins courantes.

Chapitre 7

Les données sur l'espérance de vie et la mortalité proviennent de deux sources : Statistique Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'âge de 65 ans et plus est considéré comme le troisième âge dans le chapitre 7. La mortalité est principalement reliée à l'âge et par conséquent, il n'est pas pertinent d'avoir un âge spécifique comme seuil d'inclusion. De plus, l'âge de 65 ans est utilisé à l'échelle nationale comme seuil d'inclusion pour déterminer le troisième âge en ce qui concerne les données sur l'espérance de vie et la mortalité.

Comme pour ce qui est des résultats de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, on peut fournir sur demande plus de détails sur l'importance statistique.

Chapitre 8

Les données sur l'utilisation des services de santé proviennent du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Bureau de la statistique des TNO et de l'Institut canadien de l'information sur la santé.

L'âge de 65 ans et plus est considéré comme le troisième âge dans le chapitre 8. L'hospitalisation est principalement reliée à l'âge; par conséquent, il n'est pas pertinent d'avoir un âge spécifique comme seuil d'inclusion. De plus, l'âge de 65 ans est utilisé comme seuil d'inclusion pour être une personne âgée, comme dans les données nationales sur l'utilisation des services.

Il y a deux facteurs dont le lecteur devrait tenir compte quand il compare les taux d'hospitalisation entre les TNO et le Canada.

1. Les TNO, en raison de son système d'hospitalisation régional et d'utilisation d'établissements dans le Sud du Canada tendent à avoir un nombre beaucoup plus grand de transferts entre hôpitaux que ce n'est le cas dans la plupart des provinces et territoires du Canada. Par exemple, dans certains cas, il y a des patients qui sont hospitalisés à Inuvik, et qui sont ensuite transférés à Stanton, pour la même condition, ce qui démontre deux hospitalisations (et même trois si le patient est de nouveau transféré à Edmonton).

Par contre, malgré le surdénombrement expliqué plus haut, un examen manuel des dossiers des particuliers démontre qu'environ 15 % des hospitalisations comportaient un transfert. Néanmoins, il n'y a actuellement pas de façon de regrouper automatiquement les transferts pour éviter le double dénombrement.

2. Jusqu'à 20 % des données sur l'hospitalisation au sein des Territoires pour 1999-2000 sont manquantes. Un certain nombre de dossiers ont été rejetés en raison de problèmes d'interface du système. Des tentatives de recouvrer les données sont planifiées pour bientôt. Avec l'utilisation de moyennes sur trois ans, de 1997-1998 à 1999-2000, et de l'évitement d'analyse détaillée, la répercussion en raison des données manquantes a été réduite.

Alors que l'ancien problème exagérait le nombre de résidents des TNO hospitalisés par rapport à la moyenne nationale, le dernier problème réduit quelque peu cette exagération en raison de l'exclusion des hospitalisation de l'analyse dans ce profil. De plus, même si une telle duplication des hospitalisations a été enlevée, il y aurait tout de même probablement de grandes différences dans les taux d'hospitalisation entre les TNO et le Canada.

Un autre problème causé par le nombre relativement élevé de transferts d'un hôpital à l'autre est de baisser artificiellement la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital aux TNO, par rapport à la moyenne nationale.

L'hospitalisation par cause n'a pas été étudiée dans ce chapitre, car cela a été couvert dans le chapitre 6 (morbidité).

Dans la section des visites chez le médecin, les raisons des visites chez le médecin sont examinées en général.

Comme on l'a vue dans le *Rapport sur les services de santé aux TNO*, les classifications supplémentaires sont très pertinentes pour faire le profil des ressources médicales. Pourtant, elles couvrent des domaines trop variés pour les détailler, étant donné la portée générale de ce profil.

Néanmoins, ce qui suit est une liste de certaines des raisons de l'utilisation des services de santé, inclus en vertu de la classification supplémentaires des facteurs qui influencent l'état de santé et les Contacts avec les services de santé. Cette classification comprend trois principaux genres qui s'appliquent aux TNO :

1. Quand une personne qui n'est pas nécessairement malade rencontre des professionnels de la santé à des fins spécifiques, comme pour recevoir un vaccin, des examens de routine ou pour discuter d'un problème qui en soi, n'est pas une maladie ou une blessure;

2. Quand une personne avec une maladie ou une blessure connue ou suspectée, qui est courante ou en train de se résoudre (guérison), rencontre un professionnel de la santé pour un traitement ou un dépistage spécifique relié à cette maladie ou blessure (p. ex. radiographie, tests en laboratoire, dialyse, chimiothérapie, physiothérapie, ergothérapie, changement de plâtre);

3. Quand une personne se rétablit d'une chirurgie, reçoit des soins palliatifs ou des soins de répit.

Chapitre 9

Les données sur les médicaments proviennent de la base de données de l'assurance-maladie complémentaire, administrée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans le chapitre 9, c'est à partir de l'âge de 60 ans que l'on considère qu'une personne est âgée. Soixante ans est considéré comme l'âge d'admissibilité aux prestations d'assurance-maladie complémentaire pour personnes âgées. Cependant, on donne plus de détails en fonction de l'âge pour démontrer comment l'utilisation de médicaments change avec l'âge.

Les médicaments ont été classifiés selon l'American Hospital Formulary System. Ce système assigne un numéro de 6 chiffres à chaque médicament, composé de trois paires de deux chiffres séparés par des deux-points. Les deux premiers chiffres sont en relation avec les catégories. comme la catégorie des médicaments pour le système nerveux central ou les drogues pour le système cardiovasculaire. Les deux chiffres suivants concernent les sous-catégories, par rapport à la catégorie plus large; les deux derniers chiffres réfèrent plus précisément aux sous-catégories. Par exemple, dans le système nerveux central (28), il y a une sous-catégorie appelée sédatifs et calmants (28:24) et enfin, il y a une autre division pour les barbituriques (28:24:04).

Les médicaments plus souvent utilisés, par catégorie, et par sous-catégorie, sont détaillés dans le chapitre 10.

Chapitre 10

Les données sur les soins à domicile proviennent des formulaires mensuels sur les soins à domicile remplis par les travailleurs de soins à domicile de partout aux TNO. Comme il s'agit d'une façon non constante de faire rapport, on a estimé le compte de clients et le genre de services rendus. Les visites à domicile par les infirmiers et infirmières oeuvrant à l'extérieur des centres de santé ne sont pas inclus dans les statistiques sur les soins à domicile présentées dans ce chapitre.

Cette information sur les visites à domicile ne sont pas présentées en raison de l'incompatibilité du système d'information et du chevauchement des données avec l'information sur les soins à domicile qui est remplie par les travailleurs de soins à domicile.

Une personne est considérée comme âgée à partir de l'âge de 65 ans dans le chapitre 10. L'utilisation des soins à domicile et des soins de longue durée est principalement reliée à l'âge. Plus de détails sur l'âge est fournie, car ces services sont plus utilisées par les personnes âgées plus vieilles que celles plus jeunes.

Des projections sur la demande de soins à domicile pour l'année 2020 sont obtenues en prenant le taux par habitant d'utilisation de soins à domicile (la moyenne des clients par mois divisée par la population) et en l'appliquant aux projections démographiques provenant du Bureau de la statistiques des TNO.

C'est important de se souvenir que les moyennes originales sont pour une année de données de soins à domicile. Les changements de politiques et de financement affecteront la demande et ne peuvent pas être pris en considération dans le développement des projections.

Néanmoins, on s'attend à ce que les services de soins à domicile vont probablement proliférer dans l'avenir, car ils fournissent un moyen moins dispendieux et plus positif que les soins en établissement de prendre soin des nombreuses personnes qui vieillissent.[91]

91 Marcus, J. Hollander, Final Report of the Study on the comparative cost analysis of home care and residential care services, p. ii.

Annexe 3 - Liste des figures et tableaux

Déterminants de la santé et du bien-être

Chapitre 1 - Données démographiques

Figure 1.1 Changement dans la population par groupe d'âge - TNO et Canada, 1991 à 2000 5

Figure 1.2 Changement dans la population de personnes âgées selon différentes caractéristiques - TNO, 1991 à 2000 5

Figure 1.3 Population par âge, 2000 5

Figure 1.4 Population par âge, 2000 6

Figure 1.5 Personnes âgées par origine ethnique 6

Figure 1.6 Changement dans la population, par âge - Projections de 2000 à 2020 6

Figure 1.7 Croissance projetée dans la population de personnes âgées selon différentes caractéristiques, TNO, 2000 à 2020 7

Chapitre 2 - Données socio-économiques

Figure 2.1 Revenu moyen par âge, TNO, 1995 8

Figure 2.2 Revenu moyen des personnes âgées par genre de communauté TNO, 1995 8

Figure 2.3 Revenu moyen des personnes âgées par sexe, TNO, 1995 8

Figure 2.4 Pourcentage de déclarants par palier de revenu - 65 ans et plus, TNO et Canada, 1999 9

Figure 2.5 Participation à la population active par âge, TNO, 1999 10

Figure 2.6 Participation des personnes âgées à la population active, par genre de communauté, TNO, 1999 11

Figure 2.7 Personnes âgées dans la population active, TNO, 1989, 1994 et 1999 11

Figure 2.8 Moins d'une neuvième année par âge, TNO, 1999 12

Figure 2.9 Personnes pagées ayant moins d'une neuvième année - Différentes caractéristiques, TNO 1999 12

Figure 2.10 Ménages aux besoins impérieux, TNO, 2000 13

Figure 2.11 Ménages aux besoins impérieux par genre de communauté, TNO, 2000 13

Figure 2.12 Ménages aux besoins impérieux avec une personne âgée présente 14

Chapitre 3 - Données socio-culturelles

Figure 3.1 Autochtones qui peuvent parler leur langue, TNO, 1999 15

Figure 3.2 Connaissance de l'anglais selon l'âge, recensement de 1996 16

Figure 3.3 Autochtones s'adonnant à des activités culturelles/traditionnelles, TNO, 1999 16

Figure 3.4 Bénévolat par groupes d'âge, TNO, 1999 16

Figure 3.5 Pourcentage de personnes âgées qui font du bénévolat, TNO, 1999 et Canada 2000 17

Tableau 3.5 Pourcentage de la population de personnes âgées qui font du bénévolat, TNO, 1999 17

Figure 3.6 Pourcentage des personnes vivant seules, par âge, TNO, 1999 18

Figure 3.7 Pourcentage de personnes âgées vivant seules par genre de communauté, TNO, 1996 18

Chapitre 4 - Pratiques en matière de santé

Figure 4.1 Consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour, par âge, TNO, 2000-2001 19

Figure 4.2 Consommation de moins de cinq portions de fruits et de légumes par jour - Personnes âgées, 2000-2001 19

Figure 4.3 Pourcentage de la population qui souffre d'insécurité alimentaire, par âge, TNO, 2000-2001 20

Figure 4.4 Pourcentage de la population de personnes âgées qui souffrent d'insécurité alimentaire, TNO, 2000-2001 20

Figure 4.5 Pourcentage de la population physiquement inactive par âge, TNO, 2000-2001 21

Figure 4.6 Pourcentage de la population de personnes âgées physiquement inactives, 2000-2001 21

Figure 4.7 Consommation d'alcool au cours de l'année précédente, par âge, TNO, 2000-2001 21

Figure 4.8 Consommation d'alcool au cours de l'année précédente, personnes âgées, TNO, 2000-2001 22

Figure 4.9 Consommation d'alcool moins d'une fois par semaine, par âge, TNO, 2000-2001 22

Figure 4.10 Consommation d'alcool moins d'une fois par semaine, personnes âgées, 2000-2001 22

Figure 4.11 Surconsommation sporadique d'alcool évitée, par âge, TNO, 2000-2001 23

Figure 4.12 Surconsommation sporadique d'alcool évitée, personnes âgées, 2000-2001 23

Figure 4.13 Pourcentage de personnes âgées qui fument, 1999 23

Figure 4.14 Pourcentage de fumeurs actuels, personnes âgées selon différentes caractéristiques, TNO, 1999 24

État de santé et bien-être

Chapitre 5 - État de santé subjectif

Figure 5.1 Pourcentage de la population qui dit avoir une santé excellente ou très bonne, par âge, TNO, 2000-2001 26

Figure 5.2 Pourcentage de la population qui dit avoir une santé excellente ou très bonne, personnes âgées, 2000-2001 26

Figure 5.3 Pourcentage de la population qui dit avoir peu de maîtrise de leur vie, par âge, TNO, 2000-2001 26

Figure 5.4 Pourcentage de la population qui dit avoir peu de maîtrise de leur vie, personnes âgées, 2000-2001 27

Figure 5.5 Pourcentage de la population ayant une faible estime de soi, par âge, TNO, 2000-2001 27

Figure 5.6 Pourcentage de la population ayant une faible estime de soi, personnes âgées, 2000-2001 27

Figure 5.7 Pourcentage de la population sans aucun risque de dépression, par âge, TNO, 2000,2001 28

Figure 5.8 Pourcentage de la population sans aucun risque de dépression, personnes âgées, 2000-2001 28

Figure 5.9 Pourcentage de la population avec un très bon état de santé fonctionnel, par âge, TNO, 2000-2001 28

Figure 5.10 Pourcentage de la population ayant un très bon état de santé fonctionnelle, personnes âgées, 2000-2001 29

Figure 5.11 Pourcentage de la population souvent touchée par des problèmes de santé, par âge, TNO, 2000,2001 29

Figure 5.12 Pourcentage de la population souvent touchée par des problèmes de santé, personnes âgées, 2000-2001 29

Figure 5.13 Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour une ou plusieurs tâches, par âge, TNO, 2000,2001 30

Figure 5.14 Pourcentage de la population ayant besoin d'aide pour une ou plusieurs tâches, personnes âgées, TNO, 2000,2001 30

Figure 5.15 Pourcentage de la population qui dit avoir un ou plusieurs problèmes chroniques de santé, par âge, TNO, 2000,2001 30

Figure 5.16 Pourcentage de la population ayant un ou plusieurs problèmes chroniques de santé, personnes âgées, 2000-2001 31

Chapitre 6 - Morbidité

Figure 6.1 Taux d'hospitalisation des personnes âgées (par 1000), selon les principales causes 32

Figure 6.2 Taux d'hospitalisation chez les femmes âgées (par 1000) selon les principales causes 33

Figure 6.3 Taux d'hospitalisation chez les hommes âgées (par 1000) selon les principales causes 33

Figure 6.4 Hospitalisations pour les maladies du système circulatoire 33

Figure 6.5 Hospitalisations attribuables aux maladies respiratoires, 1997-1998 à 1999-2000 34

Figure 6.6 Hospitalisations attribuables aux maladies du système digestif, 1997-1998 à 1999-2000 34

Figure 6.7 Hospitalisations attribuables aux blessures, 1997-1998 à 1999-2000 34

Figure 6.8 Cancer, par âge, cas par 1000 35

Figure 6.9 Trois principaux cancers - Femmes âgées, cas par 1000 35

Figure 6.10 Trois principaux cancers - Hommes âgés, cas par 1000 35

Figure 6.11 Tuberculose par âge, cas cumulatifs, TNO, 1993-2000 36

Figure 6.12 Taux d'incidence de la tuberculose par âge, cas par 100 000 36

Figure 6.13 Estimation de la population souffrant de diabète selon l'âge, TNO, 1997-1998 37

Chapitre 7 - Espérance de vie et mortalité

Figure 7.1 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, 1996 39

Figure 7.2 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, par sexe, 1996 39

Figure 7.3 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, TNO, moyennes sur trois ans 39

Figure 7.4 Espérance de vie à l'âge de 65 ans, TNO, moyennes sur trois ans 40

Figure 7.5 Espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans, 1996 40

Figure 7.6 Espérance de vie sans incapacité à l'âge de 65 ans, par sexe, 1996 40

Figure 7.7 Décès par 1000 attribuables aux maladies du système circulatoire 41

Figure 7.8 Décès par 1000 attribuables au cancer 41

Figure 7.9 Décès par 1000 attribuables aux maladies respiratoires 41

Utilisation des services

Dépenses pour la santé du secteur public, par habitant, par âge, 2000-2001 42

Chapitre 8 - Utilisation des services de santé

Figure 8.1 Pourcentage de la population hospitalisée, moyenne annuelle de 199701998 à 1999-2000 43

Figure 8.2 Taux d'hospitalisation par 100 000, TNO et Canada 43

Figure 8.3 Moyenne de la durée des séjours à l'hôpital, 1997-1998 à 1999-2000 43

Figure 8.4 Durée moyenne des séjours à l'hôpital, TNO et Canada 44

Tableau 8.1 Durée moyenne des séjours à l'hôpital (jour-lit), TNO, 1994-1995 - 1996-1997 à 1997-1998 - 1999-2000 44

Figure 8.5 Nombre moyen de visites chez le médecin, par patient, TNO, moyenne 1997-1998 à 1999-2000 44

Figure 8.6 Nombre moyen de visites chez le médecin, par patient, TNO, moyenne annuelle de 1997-1998 à 1999-2000 45

Tableau 8.2 Visites chez le médecin, par raison, groupe d'âge de 65 à 74 ans, TNO, 1997-1998 à 1999-2000 45

Tableau 8.3 Visites chez le médecin par raison, groupe d'âge de 75 ans et plus, TNO, 1997-1998 à 1999-2000 45

Tableau 8.4 Moyenne du nombre de visites chez le médecin, par patient, TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000 46

Chapitre 9 - Assurance-maladie complémentaire - Assurance-médicaments

Figure 9.1 Assurance-maladie complémentaire - Requérants par âge, taux par 1000, TNO, moyenne de 1998-1999 à 2000-2001 47

Tableau 9.1 Assurance-maladie complémentaire - Réclamations pour médicaments par 1000 personnes, TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000 48

Tableau 9.2 Assurance-maladie complémentaire - Moyenne de réclamations pour médicaments, par réclamant, TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000 48

Figure 9.2 Assurance-maladie complémentaire - Moyenne du nombre de réclamations pour médicaments, par année, par âge, par sexe, TNO, Moyennes sur trois ans 48

Figure 9.3 Assurance-maladie complémentaire - Dépenses par habitant, par âge, TNO, Moyennes de 1998-1999 à 2000-2001 49

Tableau 9.3 Assurance-maladie complémentaire - Dépenses par habitant pour les médicaments, TNO, 1994-1995, 1996-1997 à 1997-1998 et 1999-2000 49

Figure 9.4 Sept principaux types de médicaments utilisés par les personnes âgées selon les catégories de l'AHPS, TNO, 1998 à 2000 49

Tableau 9.4 Cinq principaux médicaments pour le système nerveux central par sous-catégories, TNO, pourcentage de personnes âgées, TNO, 1998-1999 à 2000-2001 50

Tableau 9.5 Cinq principaux médicaments pour les maladies cardiovasculaires, par sous-catégories, pourcentage de personnes âgées, TNO, 1998-1999 à 2000-2001 50

Tableau 9.6 Cinq principaux médicaments pour les maladies gastro-intestinales par sous-catégories, pourcentage de personnes âgées, TNO, 1998-1999 à 2000-2001 51

Tableau 9.7 Cinq principaux médicaments anti-infectieux par sous-catégories, pourcentage de personnes âgées, TNO, 1998-1999 à 2000-2001 51

Tableau 9.8 Cinq principaux hormones et substituts synthétiques, par sous-catégories, pourcentage de personnes âgées, TNO, 1998-1999 à 2000-2001 51

Chapitre 10 - Soins à domicile et soins de longue durée

Figure 10.1 Pourcentage de la population qui reçoit des soins à domicile, par âge, TNO, Estimations pour 2001 53

Figure 10.2 Pourcentage de la population de personnes âgées par genre de soins à domicile et par âge, TNO, estimations pour 2001 54

Figure 10.3 Pourcentage de la population de personnes âgées par genre de soins à domicile et par sexe, TNO, estimations pour 2001 54

Figure 10.4 Pourcentage de la population dans un établissement de soins de longue durée, par année, moyenne de 1999-2000 à 2000-2001 55

Figure 10.5 Pourcentage de la population qui passe 90 jours ou plus par année dans un établissement de soins de longue durée, moyenne annuelle pour 1999-2000 à 2000-2001 55